



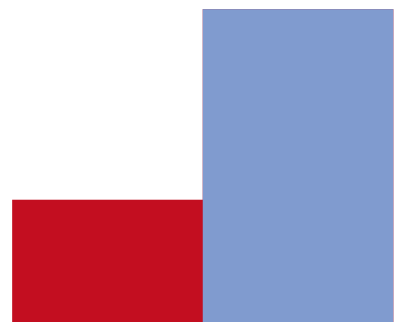
ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
CRUZ
VERMELHA
PORTUGUESA

MOBILIDADE E LIBERDADE DE MOVIMENTOS NA MULHER EM TRABALHO DE PARTO: CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

Ana Filipa Gil Martins

Abril-26



1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

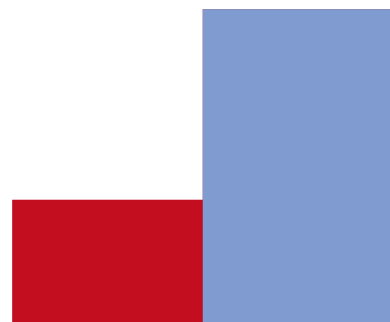
Ana Filipa Gil Martins

MOBILIDADE E LIBERDADE DE MOVIMENTOS NA MULHER EM TRABALHO DE PARTO: CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Relatório de Estágio apresentada à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Saúde Materna e Obstetrícia

Orientador(es)
Professora Manuela Néné

Abril-26



“Para mudar o mundo, é preciso primeiro mudar a forma de nascer”

-MICHEL ODENT

AGRADECIMENTOS

A realização deste mestrado constituiu um percurso exigente que implicou disciplina, resiliência, capacidade de superação e um compromisso contínuo com a excelência. Assim, começo por reconhecer o meu próprio empenho e determinação em persistir perante as adversidades, mantendo sempre presente o propósito que orientou este caminho, ser mestre e especialista em Saúde Materna e Obstetrícia.

A concretização deste objetivo não teria sido possível sem o apoio incondicional de pessoas essenciais na minha vida.

Aos meus pais e ao meu irmão, agradeço o amor incondicional, os valores que sempre me transmitiram e a confiança depositada.

Ao Diogo, o meu companheiro de vida, agradeço a presença ao longo de todo este percurso, a compreensão perante as minhas ausências, o incentivo nos momentos de maior exigência e a celebração por cada conquista.

À minha prima Catarina Martins, agradeço a preocupação, a motivação e o incentivo que sempre me transmitiu, reforçando a convicção de que este sonho era possível.

À minha amiga Joana Cordeiro, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e colega de trabalho, agradeço o apoio, a disponibilidade e a partilha de conhecimentos. A sua presença foi fundamental, não só pelo contributo profissional, mas também pelo incentivo, amizade e suporte nos momentos mais exigentes deste caminho.

Às minhas amigas, deixo um agradecimento sincero pela compreensão que demonstraram perante os meus silêncios e ausências, bem como pelo apoio nos momentos mais desafiantes.

Às minhas colegas do mestrado, com quem tive o privilégio de partilhar este percurso, em especial, à minha colega e amiga Mariana Rua, por caminharmos sempre lado a lado e pelas palavras de incentivo até ao final.

À Professora Manuela Néné, manifesto o meu reconhecimento pela orientação, disponibilidade e exigência que me desafiou sempre a ser a minha melhor versão. A sua orientação foi crucial para o meu crescimento académico, profissional e pessoal.

Aos orientadores clínicos que me acompanharam nos diferentes contextos de ensino clínico, agradeço a partilha dos conhecimentos, a confiança depositada e o exemplo de competência técnica na prestação de cuidados. O vosso contributo foi essencial para a

consolidação das competências enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde
Materna e Obstétrica.

Por fim, dirijo um agradecimento a todos os que integraram este percurso colegas,
docentes e profissionais de saúde e de forma muito especial, a cada mulher que me
permitiu acompanhá-la num momento tão singular da sua vida. Cada experiência
constituiu uma oportunidade de aprendizagem e contribuiu para a profissional que sou
hoje.

Esta conquista resulta de um esforço individual, mas é igualmente fruto do apoio, da
confiança e da presença de todos vós.
Obrigada.

RESUMO

A promoção da mobilidade e da liberdade de movimentos da mulher durante o trabalho de parto (TP) constitui uma intervenção fundamental na humanização dos cuidados e na promoção do parto fisiológico, sustentada pela evidência científica atual.

A teórica que fundamenta as intervenções e a temática do presente relatório é a Teoria do Cuidar de *Kristen Swanson*, na qual constitui o referencial conceptual adotado para sustentar a prática desenvolvida.

O presente relatório, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, teve como principais objetivos: promover a mobilidade da mulher durante o TP, através da identificação das necessidades, implementação de intervenções educativas e desenvolvimento de estratégias baseadas na evidência científica e desenvolver competências comuns, específicas e de mestre do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) na promoção de práticas que favoreçam a mobilidade materna, a participação ativa da mulher e a fisiologia do parto.

Ao longo dos diferentes contextos de Ensino Clínico (EC), foram desenvolvidas diversas intervenções. Os resultados obtidos evidenciam que a mobilidade durante o TP é uma prática viável, segura e benéfica.

Assim, a obtenção do grau de Mestre e do título de EEESMO permite-me assegurar a prestação de cuidados especializados à mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal, promovendo a mobilidade e a liberdade de movimentos durante o TP.

Palavras-Chave: Mobilidade; Liberdade de Movimentos; Trabalho de Parto; Enfermeiro Obstetra; Educação em Saúde.

ABSTRACT

The promotion of women's mobility and freedom of movement during labour constitutes a fundamental intervention in the humanization of care and in the promotion of physiological childbirth, supported by current scientific evidence.

The theoretical framework underpinning the interventions and the theme of this report is Kristen Swanson's Theory of Caring, which constitutes the conceptual reference adopted to support the practice developed.

This internship report, developed within the scope of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, had as its main objectives: to promote women's mobility during labour through the identification of needs, the implementation of educational interventions, and the development of evidence-based strategies; and to develop the common, specific, and master's-level competencies of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing in promoting practices that enhance maternal mobility, women's active participation, and the physiology of childbirth.

Throughout the different Clinical Placement contexts, several interventions were developed. The results obtained demonstrate that mobility during labour is a feasible, safe, and beneficial practice.

Thus, obtaining the Master's degree and the title of Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing enables me to provide specialized care to women throughout the pregnancy–puerperal cycle, promoting mobility and freedom of movement during labour.

Keywords: Mobility; Freedom of Movement; Labour; Obstetric Nurse; Health Education

LISTA DE SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACNM - *American College of Nurse-Midwives*

ACOG - *American College of Obstetricians and Gynecologists*

CTG - Cardiotocografia

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

EC - Ensinos Clínicos

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESSCVP - Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

FIV - Fertilização In Vitro

IA - Índice de Apgar

ICSI - Microinjeção Intracitoplasmática de Espermatozoides

INE - Instituto Nacional de Estatística

JBÍ - *Joanna Briggs Institute*

MANA - *Midwives Alliance of North America*

MCEESMO - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MeSH - *Medical Subject Headings*

NACPM - *National Association of Certified Professional Midwives*

NICE - *National Institute for Health and Care Excellence*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PMA - Procriação Medicamente Assistida

RN - Recém-Nascido

SMO - Saúde Materna e Obstétrica

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TENS - Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea

TP - Trabalho de Parto

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS - Unidade Local de Saúde

Índice

I.	Introdução.....	7
II.	Enquadramento teórico.....	11
II.1.	Histórico e Evolução do Parto.....	11
II.2.	Trabalho de Parto.....	12
II.3.	Liberdade de Movimentos.....	13
II.4.	Biomecânica da Bacia.....	13
II.5.	Benefícios da Mobilidade e Posições Verticais no Trabalho de Parto.....	14
II.6.	Teoria de <i>Kristen Swanson</i>	16
II.	Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre..	19
III.1.	Unidade de Cuidados na Comunidade.....	26
III.2.	Exames Especiais na área da Gravidez de Alto Risco.....	41
III.3.	Exames Especiais na área da Ginecologia.....	47
III.4.	Internamento de Grávidas.....	52
III.5.	Puerpério.....	60
III.6.	Bloco de Partos.....	68
III.	Considerações Finais.....	82
IV.	Referências Bibliográficas.....	84
	Apêndices.....	90
	Apêndice I - Metodologia de Pesquisa Relatório.....	91
	Apêndice II - Plano de Projeto dos EC.....	94
	Apêndice III - Póster sobre a “Amamentação exclusiva e a perda de peso do recém-nascido: intervenção precoce do especialista de saúde materna e obstétrica”	102
	Apêndice IV - Análise <i>SWOT</i> da formação prática em técnica de rebozo	103
	Apêndice V - Análise <i>SWOT</i> do Curso Parto verticalizado e Novas Formas de Posicionar no TP / Período Expulsivo	105

Apêndice VI - Análise <i>SWOT</i> do curso Anatomia Funcional do Parto Fisiológico em Hospital.....	107
Apêndice VII - Análise <i>SWOT</i> laboratório Bebê Vida	109
Apêndice VIII - Análise <i>SWOT</i> da participação no IV Encontro Chicco: “Desafios da Parentalidade: Cuidar com Confiança”	110
Apêndice IX - Análise <i>SWOT</i> Nascer Positivo - VII Encontro Internacional de Novos Paradigmas na Saúde da Mulher e no Nascimento.....	111
Apêndice X - Análise <i>SWOT</i> 4º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).....	112
Apêndice XI - “A liberdade de movimentos no trabalho de parto e a sua influência na duração do período expulsivo: revisão <i>scoping</i> ” - Revista <i>Salutis Scientia</i>	113
Apêndice XII - Roteiro informal	114
Apêndice XIII - Resultados do roteiro informal.....	117
Apêndice XIV - Folheto informativo	130
Apêndice XV - Vídeo Educativo	131
Apêndice XVI - <i>PowerPoint</i> da temática	132
Apêndice XVII - Roteiro informal	147
Apêndice XVIII - Respostas roteiro informal	150
Apêndice XIX - Cartaz informativo	152
Apêndice XX - Recolha de notas de campo da aplicação do roteiro informal.....	153
Apêndice XXI - Resultados das notas de campo da aplicação do roteiro informal .	156
Apêndice XXII - Marcador de livro	158
Apêndice XXIII - Vídeo informativo	159
Apêndice XXIV - Guia informativo	160
Apêndice XXV - Observação estruturada da mobilidade da parturiente	166
Apêndice XXVI - Resultados estruturados da mobilidade da parturiente.....	171
Apêndice XXVII - Enquadramento do instrumento educativo	174

Apêndice XXVIII - Instrumento educativo	179
Apêndice XXIX - Enquadramento da utilização da TENS para o alívio da dor durante o TP.....	185
Apêndice XXX - <i>PowerPoint</i> da utilização da TENS para o alívio de dor durante o TP	198
Anexos.....	204
Anexo I - Certificado de participação no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem "Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!"	205
Anexo II - Certificado de participação como co-autora do póster sobre a “Amamentação exclusiva e a perda de peso do recém-nascido: intervenção precoce do especialista de saúde materna e obstétrica”	206
Anexo III - Certificado de participação na formação prática em Técnica de Rebozo	207
Anexo IV - Certificado de participação no Curso: Parto verticalizado e Novas Formas de Posicionar no TP / Período Expulsivo	208
Anexo V - Certificado de participação no curso Anatomia Funcional do Parto Fisiológico em Hospital.....	209
Anexo VI - Certificado de presença no laboratório Bebê Vida	210
Anexo VII - Certificado de participação no IV Encontro Chicco: “Desafios da Parentalidade: Cuidar com Confiança”	211
Anexo VIII - Certificado de participação no Nascer Positivo - VII Encontro Internacional de Novos Paradigmas na Saúde da Mulher e no Nascimento	212
Anexo IX - Certificado de participação no 4º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).....	213
Anexo X - Comprovativo da <i>Scoping Review</i> “A liberdade de movimentos no trabalho de parto e a sua influência na duração do período expulsivo: revisão scoping” - Revista <i>Salutis Scientia</i>	214

I. Introdução

A Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no plano de estudos do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSCVP) - Lisboa, contempla a realização de Ensinos Clínicos (EC) em distintos contextos, visando o desenvolvimento e consolidação das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Competências Específicas do EEESMO. Paralelamente ao enquadramento regulatório definido pelas entidades competentes, o percurso formativo contempla ainda a aquisição das competências conducentes ao grau de Mestre.

A conclusão do ciclo de estudos implica a apresentação, apreciação e discussão pública do Relatório de Estágio, culminando na atribuição do grau de Mestre e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

A construção do presente relatório, assentou numa pesquisa minuciosa e sistematizada da evidência científica disponível, de forma a fundamentar adequadamente a temática em estudo e a sustentar a prática clínica desenvolvida ao longo dos diferentes contextos dos EC. Neste sentido, foi realizada uma pesquisa estruturada em bases de dados científicas internacionais, complementada por pesquisa livre e literatura cinzenta, assegurando a maior abrangência, atualidade e rigor da informação obtida (**Apêndice I – Metodologia de pesquisa do Relatório**).

Para que o TP ocorra, é imprescindível uma interação coerente de diferentes fatores: elementos mecânicos, como os ossos da bacia, os músculos e o próprio feto; fatores hormonais, responsáveis pelo desencadear e a manutenção das contrações uterinas que impulsionam a progressão fetal; e fatores psicológicos, que incluem os pensamentos, as emoções e a perceção de segurança da mulher ao longo do TP ¹⁻³.

As recomendações internacionais têm vindo, a reforçar a importância da liberdade de movimentos durante o TP. A Organização Mundial da Saúde (OMS) desde 1996, para a assistência ao parto normal, recomenda como prática benéfica o incentivo da mobilidade no TP e a adoção de posições verticais, sublinhando que a mulher deve poder escolher a posição que considera mais confortável e adequada a si no momento do parto ^{2, 4}.

Em Portugal, as valorizações destas práticas encontram-se refletidas nas orientações emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), nomeadamente através de iniciativas que

promovem a qualidade dos cuidados durante o TP. O incentivo da adoção de posições verticalizadas durante o TP, por parte dos EEESMO, constitui um indicador de qualidade na prestação de cuidados ^{2, 4, 5}.

Estas iniciativas defendem a autonomia da parturiente, nomeadamente na escolha das posições durante o TP, bem como a redução de intervenções clínicas não justificadas, favorecendo práticas alinhadas com a evidência científica e com os princípios dos cuidados centrados na mulher ^{2, 4}.

Ao longo das últimas décadas, a prestação de cuidados no parto sofreu transformações significativas no contexto hospitalar, conduzindo a uma progressiva medicalização do TP. Esta evolução contribuiu para a alteração dos mecanismos fisiológicos do parto, particularmente no que respeita à propensão para o uso de posições horizontais, tendencialmente relacionada com a resistência dos profissionais de saúde e o reduzido empoderamento das parturientes ^{2, 6-8}.

De acordo com dados divulgados pela Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, provenientes de um inquérito nacional, que integrou uma amostra de 7555 mulheres com partos ocorridos entre 2015 e 2019, mais de metade das participantes (52,8%) referiu não ter tido liberdade de movimentos durante o TP, sendo que menos de 5% indicou ter adotado posições verticalizadas no período expulsivo. Estes dados evidenciam uma reduzida implementação de práticas promotoras de mobilidade materna e utilização de posições verticais, apesar das recomendações atuais baseadas na evidência ^{7, 9}.

Segundo o relatório da Entidade Reguladora da Saúde, em 2024 registaram-se 80.237 partos em Portugal, dos quais 80,9% ocorreram em unidades do Serviço Nacional de Saúde (SNS), refletindo a predominância do contexto hospitalar na assistência ao parto ¹⁰. Considerando que a maioria dos partos ocorre em meio hospitalar, é neste contexto que se impõe a necessidade de reflexão e transformação das práticas, promovendo modelos de cuidados que valorizem a fisiologia do TP, a mobilidade materna e a autonomia da mulher, em consonância com a evidência científica e as recomendações internacionais.

Os EEESMO assumem um contributo determinante de acordo com o plano de parto estabelecido pela mulher, devendo estar aptos a apoiar as parturientes na adoção de posições que lhes sejam mais confortáveis e mais benéficas, garantindo cuidados de qualidade, promovendo o conforto e o bem-estar e contribuindo para o desenvolvimento de práticas baseadas em evidência científica ^{2, 37}.

No âmbito da Saúde Materna e Obstétrica (SMO), é dever do enfermeiro garantir a proteção dos direitos da mulher e do recém-nascido (RN), criando condições que promovam a autonomia, o bem-estar e o desenvolvimento saudável do binómio, em consonância com o domínio das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: **A** “Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal” na **competência A2**: “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” e **B**: “Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade” na **competência B3**: “Garante um ambiente terapêutico e seguro”. O EEESMO, desenvolve competências sustentadas na evidência científica mais atualizada, respeitado o **domínio D**: “Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” na **competência D2**: “Baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica” ¹¹.

Assim como, a partilha de conhecimentos com os pares, incentivando-os à mudança na sensibilização para a necessidade de promoção da mobilidade e liberdade de movimentos da parturiente, de acordo com as competências definidas para a obtenção do grau de mestre, nomeadamente: **2 - b)** “Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos;” e **2 - c)** “Capacitar o enfermeiro como elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma proactiva em equipas e projetos” ¹².

A Teoria do Cuidar de *Kristen Swanson* constitui o referencial conceptual adotado para sustentar temática apresentada, ao valorizar a autonomia da mulher durante o TP e a sua capacitação para decisões informadas. Neste enquadramento, o EEESMO desenvolve uma prática orientada para um ambiente seguro e facilitador, que respeita a individualidade de cada parturiente e integra as suas preferências no plano de cuidados. Esta abordagem encontra-se relacionada com a competência específica **1 c)** “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP” ^{13, 14}.

Desta forma, foram definidos como objetivos para este percurso formativo: promover a mobilidade da mulher durante o TP, através da identificação das necessidades, implementação de intervenções educativas e desenvolvimento de estratégias baseadas na evidência científica e desenvolver competências comuns, específicas, e de mestre do EEESMO na promoção de práticas que favoreçam a mobilidade materna, a participação ativa da mulher e a fisiologia do parto.

O presente relatório inicia-se com a introdução e o enquadramento teórico, que contextualizam os conceitos fundamentais que sustentam a temática em estudo. Segue-se o percurso de desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista,

das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e das Competências de Mestre, estruturado por cada um dos EC, contemplando a contextualização de cada EC, diagnóstico de situação, os objetivos específicos delineados, atividades implementadas, domínios de competências atingidos, resultados obtidos e por fim ganhos em saúde no âmbito do plano de projeto. Por fim, apresentam-se as considerações finais, nas quais se analisa de que forma os objetivos propostos foram alcançados, onde se encontram descritas as limitações identificadas ao longo do percurso e se discutem as implicações futuras para a prática clínica em enfermagem de SMO.

II. Enquadramento teórico

II.1. Histórico e Evolução do Parto

Ao longo da história, as mulheres adotavam predominantemente posições verticalizadas e mantinham a mobilidade ativa durante o TP. A verticalidade constituiu, durante séculos, uma resposta instintiva e funcional ao TP ².

A partir do século XVIII, o processo de medicalização da sociedade conduziu à progressiva apropriação de diversos fenómenos fisiológicos pelo modelo biomédico ¹⁵. Este processo contribuiu para a institucionalização do parto enquanto prática predominantemente medicalizada ^{3, 15-18}.

Nos países ocidentais, a posição de litotomia consolidou-se historicamente como a posição de parto mais utilizada, tendo sido amplamente promovida com a introdução do parto instrumental^{3,7,19-21}. Esta prática obstétrica pode limitar a adoção de comportamentos instintivos por parte da mulher em TP, sobretudo quando existem preocupações relacionadas com o bem-estar fetal ou com a presença de comorbilidades maternas ⁷.

A evidência científica tem vindo a demonstrar que a posição de litotomia de forma continua durante o primeiro estadio do TP, pode associar-se a efeitos fisiológicos menos favoráveis, quer para a mãe, quer para o feto, podendo ainda interferir com a progressão da dilatação cervical ^{2, 3}.

No final do século XX, este paradigma começou a ser progressivamente questionado, em resultado da emergência de recomendações baseadas na evidência científica que passaram a promover boas práticas na assistência ao parto, diminuindo intervenções que limitassem a autonomia e a participação ativa da mulher ¹⁵.

A OMS reconhece o parto como um evento fisiológico que, embora necessite de cuidados, não requer, na maioria das situações, intervenções médicas. Neste sentido, as práticas de assistência ao TP devem fundamentar-se em evidência científica que articule a ciência e a humanização, promovendo um parto seguro para a mulher e para o RN ^{2, 18, 22}.

Contudo, apesar destas orientações, a adoção de posições horizontais atualmente, permanecem predominante em contexto hospitalar, sendo frequentemente adotada durante o TP ^{4, 7}.

Apesar dos avanços conceptuais e normativos, a transição de um modelo predominantemente intervencionista para um paradigma centrado na promoção da fisiologia, da autonomia e da satisfação materna continua a representar um desafio significativo. Tal mudança implica transformação cultural, reorganização institucional e compromisso profissional sustentado na evidência científica, na ética do cuidado e na valorização da experiência da mulher²³. É neste enquadramento que se insere a discussão sobre práticas promotoras do parto normal, incluindo a liberdade de movimentos e a adoção de posições diversificadas durante o TP, enquanto estratégias que conciliam segurança, qualidade de cuidados e respeito pela fisiologia do parto^{3, 23}.

II.2. Trabalho de Parto

A definição de parto normal tem evoluído, incorporando aspetos relacionados com a autonomia, a participação informada, o respeito pelas preferências individuais e a humanização dos cuidados^{2, 3, 24}.

O TP constitui um processo fisiológico complexo e simultaneamente, uma vivência singular, influenciada pela história, expectativas e percepções de cada parturiente, marcado por intensas transformações físicas e emocionais. Apesar de ser um processo fisiológico, envolve um conjunto complexo de adaptações maternas, destinadas à progressão do feto através do canal de parto. À medida que se aproxima o seu início, é frequente que a mulher experiencie uma ambivalência de sentimentos, onde a expectativa e a alegria coexistem com receio, ansiedade e incerteza. Esta componente emocional influencia de forma significativa a vivência do parto, podendo condicionar a percepção da dor e a forma como o processo é experienciado^{1, 2, 16, 24-27}.

A mulher sentir-se capaz de lidar com o TP contribui de forma significativa para que vivencie esta experiência de forma mais positiva, ao aumentar a percepção de controlo e a capacidade de realizar escolhas informadas^{1, 2}.

A evidência científica tem vindo a demonstrar que as mulheres que compreendem a fisiologia do TP, apresentam maior probabilidade de TP espontâneo, adotam liberdade de movimentos e posições verticalizadas, optam por decisões informadas e promovem o contacto pele a pele imediato com o RN após o parto^{1, 2}.

A atuação do EEESMO na assistência ao TP deve pautar-se pela transmissão de segurança e confiança, reconhecendo que a utilização de linguagem simples e empática contribuem para reforçar a autonomia e a participação ativa da parturiente/família^{3, 24}.

II.3. Liberdade de Movimentos

Durante o primeiro estadio do TP, a OMS recomenda explicitamente o incentivo à mobilidade e à adoção de posições verticais como estar de pé, sentada, de quatro apoios ou de cócoras, por favorecer a fisiologia do parto e contribuir para uma experiência positiva para a mulher^{2, 3, 24, 28-31}.

A escolha da posição pela parturiente, deve idealmente resultar de um planeamento prévio, desenvolvido no âmbito dos Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP). Contudo, mesmo na ausência dessa preparação, cabe ao EEESMO informar, apoiar e incentivar a mulher a experimentar diferentes posições, respeitando sempre as suas preferências e condições materno-fetais. As orientações internacionais reforçam que as mulheres com gravidez de baixo risco devem assumir um papel ativo durante o TP, sendo incentivadas a movimentarem-se livremente e a evitar períodos prolongados na posição de litotomia^{2 29-31}.

A *walking* epidural surge como uma alternativa que procura conciliar o controlo eficaz da dor com a preservação da mobilidade materna. A utilização de baixas doses de analgesia locorregional permite manter a perceção das contrações e da progressão fetal, sem comprometer significativamente a função motora. Tal abordagem favorece a liberdade de movimentos, alinhando-se com as recomendações internacionais que incentivam a mobilidade e a adoção de posições verticais durante o TP, sempre que clinicamente possível^{2, 27, 32-34}.

II.4. Biomecânica da Bacia

O parto é um processo dinâmico, no qual a bacia se move e adapta em resposta à contratilidade uterina, à descida da apresentação fetal e às posições adotadas pela mulher. A orientação postural da parturiente pode, assim, ser estrategicamente utilizada para favorecer a dinâmica do parto^{3, 35}.

Com a evolução da investigação na área da obstetrícia, tem-se verificado um aumento do interesse científico pelo estudo do funcionamento da bacia durante o TP, permitindo aos EEESMO aprofundar o conhecimento dos efeitos hormonais da gravidez e das alterações biomecânicas que influenciam a musculatura abdominal e as curvaturas da coluna vertebral^{1, 3, 36}.

Durante a gravidez, as alterações hormonais contribuem para o aumento da mobilidade das articulações pélvicas, favorecendo uma maior amplitude do movimento. Entre as hormonas envolvidas neste processo destaca-se a relaxina, cuja ação promove maior elasticidade dos ligamentos e flexibilidade das articulações. A concentração desta hormona aumenta progressivamente ao longo da gravidez, atingindo níveis mais elevados durante o TP, o que facilita a adaptação da bacia às exigências do parto ^{3, 35}.

A coordenação dos movimentos pélvicos contribui para orientar e mobilizar a cabeça fetal ao longo da escavação pélvica, favorecendo o encaixe, a descida e a rotação do feto, bem como a sua expulsão ^{1, 3, 4, 26}. Assim, com estas intervenções pretende-se que a mulher seja capaz de mobilizar a pelve de forma consciente, facilitando a progressão do TP ^{1, 3, 35}.

Os movimentos intrínsecos correspondem às alterações que ocorrem entre os ossos que constituem a própria bacia, envolvendo principalmente as articulações sacroilíacas e a sínfise púbica. Estes movimentos têm impacto direto na morfologia interna da bacia, contribuindo para pequenas variações nos seus diâmetros e na sua configuração ^{3, 35}.

Por sua vez, os movimentos extrínsecos resultam da relação da bacia com as estruturas adjacentes, nomeadamente a coluna vertebral e os fémures. Desencadeiam-se nas articulações coxofemorais e lombossagradas e traduzem-se na modificação da orientação da bacia. Embora não alterem diretamente a sua morfologia interna, estes movimentos influenciam a posição e o alinhamento do canal de parto. ³.

Do ponto de vista biomecânico, a posição de litotomia imobiliza a sacro, reduzindo a mobilidade pélvica e podendo assim, diminuir os diâmetros do estreito inferior ^{1-3, 27}.

Considera-se que a bacia se encontra em posição livre quando os ossos ilíacos apresentam mobilidade em diferentes direções sobre as cabeças dos fémures, permitindo alterações na sua orientação e adaptações na configuração interna da cavidade pélvica. Neste contexto, determinadas posições verticalizadas favorecem essa mobilidade, nomeadamente a posição de pé, a posição sentada sobre a bola de parto e a posição de quatro apoios, possibilitando maior liberdade de movimento da bacia durante o TP ^{3, 35}.

II.5. Benefícios da Mobilidade e Posições Verticais no Trabalho de Parto

A evidência científica demonstra que não existe um TP ou uma posição ideal para todas as mulheres. Pelo contrário, quando é dada liberdade de escolha, as mulheres

tendem a adotar uma variedade de posições, incluindo posições verticais, adequando-as ao longo do TP de acordo com o conforto, a dor e a percepção corporal ^{2, 8, 31}.

Consideram-se posições verticalizadas, todas as posições que proporcionam um ângulo superior a 45° entre o tronco e os membros inferiores da mulher, onde se incluem as posições sentada, de pé, de cócoras, de quatro apoios, e ainda a posição lateral ^{2,17, 34 37}.

As posições horizontais, incluem a posição de litotomia e dorsal, em que o ângulo é inferior a 45° entre o tronco e os membros inferiores da mulher. As posições impostas e a imobilidade dificultam os movimentos da bacia, reduzem a sua capacidade de adaptação e podem interferir negativamente no TP ^{3, 17, 20, 34, 35}.

A evidência científica tem demonstrado que a mobilidade materna, através da deambulação, da adoção de posições verticalizadas e da alternância de posições durante o TP apresentam benefícios significativos materno-fetais, quando comparadas com a permanência prolongada na posição de litotomia ^{15, 38}.

Do ponto de vista biomecânico, a verticalidade e a mobilidade permitem uma melhor adaptação anatómica da bacia materna, contribuindo para o aumento dos diâmetros pélvicos. A ação da gravidade, facilita a descida e o alinhamento da apresentação fetal, associando-se a contrações mais eficazes e a esforços expulsivos mais eficientes. Esta dinâmica pode contribuir para a redução de posições fetais anómalas, bem como para a diminuição da taxa de partos distócicos ^{15, 34, 39}. A literatura sugere ainda que, existe menor taxa de episiotomia e maior probabilidade de parto eutócico quando a mobilidade é apoiada e incentivada ^{2, 15, 16, 26, 34, 39, 40}.

A verticalidade contribui para a prevenção da compressão dos grandes vasos maternos pelo útero gravídico, favorecendo o retorno venoso, o débito cardíaco e a perfusão uteroplacentária, permitindo uma contração mais eficaz das fibras musculares e reduzindo a duração do parto ^{1- 3, 5, 15, 26, 38-41}.

Diversos estudos demonstram menor incidência de alterações patológicas na frequência cardíaca fetal, nas alterações dos traçados cardiotocógrafos e melhores parâmetros no equilíbrio ácido-base, quando comparadas com posições horizontais sugerindo um impacto positivo na oxigenação fetal ^{1, 2, 3, 5, 15, 26, 38, 40}.

A permanência em posição de litotomia apresenta inúmeras desvantagens e poderá interferir negativamente com a fisiologia do TP, nomeadamente pelo risco de compressão da aorta abdominal, redução do diâmetro da bacia, aumento da percepção da dor e progressão mais lenta da descida da apresentação fetal. Importa salientar que, mesmo

quando existe indicação para monitorização fetal contínua, esta pode ser realizada sem comprometer a adoção de posições verticais ⁴⁰.

Em síntese, os benefícios da verticalização do TP traduzem-se na promoção do bem-estar fetal, em ganhos em saúde para a mulher e em experiências de parto mais positivas, satisfatórias e humanizadas ^{2, 17, 26, 29, 39}.

O Guia Orientador de Boas Práticas de Preparação para o Parto, defende que as grávidas, particularmente em situações de baixo risco, sejam informadas sobre os benefícios das posições verticais e da mobilidade durante o TP, sendo incentivadas e apoiadas a assumir as posições que considerem mais confortáveis e benéficas em cada estadio ¹.

II.6. Teoria de *Kristen Swanson*

A enfermagem tem passado por uma evolução contínua desde *Florence Nightingale* até os dias de hoje. Na procura por uma identidade própria, a enfermagem, no século XX, começou a diferenciar-se do conhecimento médico, estabelecendo uma base de saberes próprios, pelo que houve a necessidade de desenvolver teorias específicas para a área ^{13, 42, 43}. Para alcançar as competências exigidas no processo formativo, é essencial desenvolver práticas de cuidado fundamentadas numa teórica, que oriente o pensamento e dê suporte à prática de enfermagem da SMO.

As teorias de enfermagem, constituem referenciais fundamentais para orientar a prática profissional, contribuindo para a organização de cuidados sistematizados, eficazes e de qualidade. Entre estes referenciais destaca-se a Teoria do Cuidar de *Kristen Swanson*, apresentada nos anos de 1991 e 1993 ^{13, 42-44}.

No contexto da enfermagem de SMO, esta abordagem reforça a importância dos cuidados centrados na mulher, integrando não apenas aspetos físicos, mas também as necessidades emocionais e psicológicas ^{13, 42, 43}. Nesta teoria, os conceitos de Enfermagem, Pessoa, Saúde e Ambiente são reconhecidos como elementos fundamentais que estruturam e orientam a prática de enfermagem ^{13, 42, 43}.

No âmbito da Teoria do Cuidar, a **enfermagem** é entendida como uma prática direcionada para a promoção do cuidado e do bem-estar das pessoas, sustentada por um compromisso ético e pela responsabilidade profissional. Neste contexto, a enfermagem estabelece uma estreita relação com as ciências humanas, com a experiência clínica do

profissional e com as expectativas e necessidades tanto dos profissionais de saúde como das pessoas que recebem cuidados^{13, 42, 43}.

O conceito de **pessoa** é compreendido como um ser único, em constante desenvolvimento e transformação, cuja individualidade se expressa através de pensamentos, sentimentos e comportamentos. A pessoa é entendida como um ser integral, influenciado pela sua herança genética, espiritual e pelas experiências vividas, possuindo também a capacidade de tomar decisões e atribuir significado às suas vivências^{13, 42, 43}.

A **saúde** é entendida como um estado de bem-estar, que resulta de um processo contínuo de cuidados, envolvendo a reconstrução da integridade da pessoa, a reorganização do seu estado de saúde e a atribuição de novos significados às experiências vividas. Este processo implica a procura de equilíbrio e plenitude nas diferentes áreas da vida^{13, 42, 43}.

O **ambiente** é entendido de forma situacional, abrangendo todos os contextos que influenciam ou são influenciados pela pessoa. Este conceito inclui diversos fatores culturais, sociais, económicas, psicológicas, espirituais e biofísicas que envolvem o indivíduo. Assim, o ambiente constitui um conjunto de condições e circunstâncias que moldam a experiência da pessoa e que podem interferir no seu processo de saúde e bem-estar^{13, 42, 43}.

Os princípios apresentados pela autora enquadram o cuidado de enfermagem como um processo relacional e educativo, sustentado por um compromisso profissional e responsabilidade social. No seu modelo teórico, *Swanson* descreve cinco processos fundamentais do cuidar: conhecer, estar com, fazer por, capacitar e manter a crença, que orientam a prática de enfermagem^{13, 42, 43}.

Transpondo a teoria do cuidado de *Kristen Swanson* para o cuidar da mulher com foco na mobilidade e liberdade de movimentos em TP, enquanto futura EEESMO tornou-se essencial: **conhecer** a mulher/casal, o que implicou compreender de forma detalhada as suas expectativas, crenças e preferências, permitindo a implementação de intervenções individualizadas, adequadas às suas necessidades e promotoras do seu envolvimento ativo durante todo o TP; **estar com**, traduziu-se na presença contínua, física e emocional, junto da parturiente/casal demonstrando disponibilidade, segurança e competência para informar e promover a escolha mais benéfica dos movimentos e posições que a mulher podia adotar durante o TP. Esta presença enquanto futura EEESMO revelou-se fundamental na promoção da autonomia da mulher e na valorização da sua experiência.

Fazer por, que incluiu intervenções individualizadas de acordo com a evolução do TP e progressão fetal, respeitando sempre o ritmo e as escolhas da parturiente; defendendo a dignidade e salvaguardando as intervenções estritamente necessárias; **possibilitar** a adoção de movimentos e posições durante o primeiro estadio do TP, promotoras do conforto, alívio da dor, de acordo com a vontade da parturiente, o que também significou capacitar para a tomada de decisões informadas; **manter a crença**, que se refletiu com o reforço positivo contínuo, valorizando as capacidades intrínsecas da parturiente e promovendo a sua confiança, este especto foi determinante para o empoderamento da mulher, contribuindo para uma vivência mais positiva do TP no sentido de assegurar o bem-estar através da satisfação da mobilidade materna.

II. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre

Em cada contexto de EC foi realizado um diagnóstico de situação, através de conversas informais, com o objetivo de identificar, de forma sistematizada e fundamentada, as necessidades dos profissionais de saúde e das mulheres/famílias no âmbito da prestação de cuidados em SMO, relativamente à temática em questão.

Esta etapa permitiu uma análise crítica da organização dos cuidados, bem como na identificação de limitações e oportunidades de melhoria em cada EC, constituindo a base para o planeamento de intervenções adequadas às especificidades de cada realidade. As intervenções desenvolvidas ao longo do percurso formativo foram fundamentadas pela evidência científica mais atual, recorrendo a estratégias de pesquisa adequadas às diferentes áreas de intervenção, garantindo o rigor, a pertinência e a qualidade das práticas realizadas.

Os objetivos e atividades delineados centraram-se na promoção da mobilidade e da liberdade de movimentos da mulher no TP, através da sensibilização dos profissionais de saúde, das mulheres/famílias para a importância desta prática e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Neste sentido, foi delineado um plano de projeto (**Apêndice II - Plano de projeto dos EC**), fundamentado nas competências comuns, específicas e de mestre do EEESMO e centrado na promoção da temática.

O percurso formativo foi desenvolvido em cinco contextos de EC distintos, teve início numa unidade de cuidados na comunidade e de seguida na área dos exames especiais, no âmbito da ginecologia e da gravidez de alto risco. Posteriormente, decorreu em contexto de internamento de grávidas e depois em internamento de puérperas. Por fim, o último EC decorreu na Urgência Obstétrica e no Bloco de Partos.

Foram delineados objetivos e atividades com aplicabilidade transversal aos diferentes EC, com particular enfoque na **compreensão da organização estrutural e do funcionamento de cada serviço**. Este objetivo foi alcançado através da integração e da adaptação gradual aos diferentes ambientes de trabalho, que incluiu o conhecimento da organização e estrutura de cada serviço, a articulação com a equipa multidisciplinar e a consulta de normas, protocolos e orientações institucionais.

Desenvolver competências do EEESMO durante a prestação de cuidados especializados. Este objetivo foi concretizado através da prestação de cuidados à

mulher/família ao longo do ciclo gravídico-puerperal, nos diferentes contextos de ensino, incluindo cuidados na comunidade, internamento de grávidas e puérperas, exames especiais na área da ginecologia e gravidez de alto risco, bem como na urgência obstétrica e bloco de partos. Este percurso permitiu o desenvolvimento de competências na vigilância da gravidez, no acompanhamento do TP, na promoção da mobilidade e da liberdade de movimentos da mulher, na gestão da dor e na implementação de cuidados centrados na mulher/família.

Implementar o plano de projeto nos diferentes EC. O plano de projeto delineado foi adequado às especificidades de cada EC, a partir da identificação das problemáticas e oportunidades de melhoria relacionadas com temática. A sua operacionalização constituiu uma oportunidade para a introdução e consolidação de práticas inovadoras, sustentadas na evidência científica, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a obtenção de ganhos em saúde materna e obstétrica.

Atualizar conhecimentos na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A atualização de conhecimentos foi promovida através da participação em eventos científicos, incluindo a apresentação e partilha de trabalhos, bem como pela frequência de cursos de formação. Estas atividades contribuíram para a consolidação do conhecimento teórico-científico, para o desenvolvimento de competências profissionais e pessoais e para a integração de práticas baseadas na evidência na prestação de cuidados.

Foi elaborado um póster sobre a “Amamentação exclusiva e a perda de peso do RN: intervenção precoce do especialista de saúde materna e obstétrica” (**Apêndice III - Póster sobre a “Amamentação exclusiva e a perda de peso do recém-nascido: intervenção precoce do especialista de saúde materna e obstétrica”**). A elaboração do póster teve como principal objetivo, apresentar e partilhar os resultados de uma revisão da literatura sobre a relação entre a amamentação exclusiva e a perda de peso do RN nos primeiros dias de vida, evidenciando a importância da intervenção precoce do EEESMO na promoção do sucesso da amamentação. Adicionalmente, pretendeu-se destacar o contributo do EEESMO na identificação precoce de fatores de risco, na capacitação das mães e na implementação de estratégias de apoio à amamentação, contribuindo para a melhoria dos cuidados e dos resultados em saúde.

Posteriormente, participei no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem “Cuidados Integrados e Integração de Cuidados: Um Caminho Emergente!” (**Anexo I - Certificado de participação no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem “Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho**

Emergente!")), na qual participei como co-autora do póster intitulado “Amamentação Exclusiva e a Perda de Peso do Recém-Nascido: Intervenção Precoce do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica” (**Anexo II - Certificado de participação como co-autora do póster sobre a “Amamentação exclusiva e a perda de peso do recém-nascido: intervenção precoce do especialista de saúde materna e obstétrica”**). A comunicação livre teve como principal objetivo apresentar e discutir os resultados da revisão integrativa da literatura e para além disso, pretendeu-se sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da vigilância clínica no período pós-parto imediato. Esta comunicação contribuiu ainda para a partilha de conhecimento científico, para o desenvolvimento de competências de comunicação e argumentação em contexto académico e para a reflexão crítica sobre a prática clínica, reforçando a importância de intervenções baseadas na evidência e na melhoria dos cuidados materno-infantis.

A realização da formação prática em Técnica de Rebozo (**Anexo III - Certificado de participação na formação prática em técnica de rebozo**) constituiu um contributo relevante para o desenvolvimento de competências na área da promoção da mobilidade e da utilização de estratégias não farmacológicas no TP. Este recurso, de origem tradicional, tem vindo a ser progressivamente cada vez mais integrado na prática clínica, evidenciando benefícios ao nível do alívio da dor, do relaxamento muscular e da evolução do TP ^{1, 15}. A formação permitiu adquirir conhecimentos teórico-práticos sobre a correta aplicação do rebozo, nomeadamente no que respeita à sua utilização em diferentes posições, à execução de movimentos pélvicos e à importância da ergonomia do profissional de saúde durante a sua aplicação. O rebozo revelou-se não apenas um instrumento funcional, mas também um recurso com fator relacional e emocional, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva e humanizada. A sua aplicação enquadra-se nas recomendações atuais de promoção de estratégias não farmacológicas e baseadas na evidência, alinhadas com o paradigma dos cuidados centrados na mulher (**Apêndice IV - Análise *SWOT* da formação prática em técnica de rebozo**) ^{1, 15}.

A concretização do curso "(Re-Olhar) O Parto de Baixo para Cima 'Parto verticalizado' e Novas Formas de Posicionar no TP / Período Expulsivo - Estado da Arte" nas "XVIII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Por uma vida melhor..." (**Anexo IV - Certificado de participação no Curso: Parto verticalizado e Novas Formas de Posicionar no TP/Período Expulsivo**), constituiu um contributo relevante para o desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da

mobilidade e da liberdade de movimentos da mulher durante o TP. O conteúdo programático destacou-se pela forte componente científica, sustentada na apresentação e discussão de evidência atual, incluindo artigos científicos que fundamentam a adoção de práticas promotoras do parto fisiológico. Paralelamente, a partilha de experiências de diferentes instituições hospitalares a nível nacional permitiu compreender os processos de implementação do parto verticalizado, bem como os desafios, resistências e receios sentidos pelos profissionais de saúde. A componente prática do curso possibilitou a demonstração de diversas técnicas associadas à mobilidade materna e às posições verticalizadas, contribuindo para a aquisição de competências aplicáveis em contexto clínico. A troca de experiências entre profissionais da área, revelou-se particularmente enriquecedora, permitindo uma reflexão crítica sobre as práticas instituídas e sobre as estratégias facilitadoras da mudança (**Apêndice V - Análise *SWOT* do Curso: Parto verticalizado e Novas Formas de Posicionar no TP/Período Expulsivo**).

Concluí o curso “Anatomia Funcional do Parto Fisiológico em Hospital”, orientado pela Dra. Núria Vives (**Anexo V - Certificado de participação no curso de Anatomia Funcional do Parto Fisiológico em Hospital**), no qual me proporcionou uma abordagem detalhada da fisiologia do TP, centrada na compreensão funcional da bacia feminina e na relação com o movimento e posicionamento materno. Este curso distinguiu-se pela forte componente prática e experiencial, permitindo a exploração tridimensional da anatomia pélvica do corpo da mulher, bem como a aplicação de movimentos e posições da bacia ao longo das diferentes fases do TP. A análise integrada entre os movimentos intrínsecos e extrínsecos da bacia, a relação com os planos de *Hodge* e a compreensão da variação dos diâmetros pélvicos, permitiram desenvolver uma visão mais precisa e detalhada do TP. Adicionalmente, a abordagem aos diferentes exercícios e a adaptação das posições ao contexto real da sala de partos, reforçaram a capacidade de intervenção clínica baseada na fisiologia e na individualidade de cada mulher. O impacto deste curso nos EC foi significativo, ao permitir ter uma atuação mais consciente, fundamentada e individualizada, promovendo a mobilidade pélvica, a liberdade de movimentos e a adoção de posições facilitadoras do TP (**Apêndice VI - Análise *SWOT* do curso Anatomia Funcional do Parto Fisiológico em Hospital**).

No âmbito do percurso formativo desenvolvido durante os EC, foi realizada uma visita ao laboratório da Bebé Vida (**Anexo VI - Certificado de presença no laboratório Bébe Vida**), no Porto, na qual constituiu uma oportunidade relevante de aprendizagem de conhecimentos na área da biotecnologia aplicada à saúde materna e neonatal. Durante

esta visita, foi possível acompanhar todo o circuito associado à colheita, receção, processamento, criopreservação e armazenamento de células estaminais provenientes do sangue e tecido do cordão umbilical. Foram abordados os princípios científicos subjacentes à utilização destas células, nomeadamente as suas aplicações terapêuticas atuais e potenciais, bem como os critérios de qualidade e segurança exigidos neste processo. Adicionalmente, foram apresentados os *kits* de colheita e os procedimentos, associados à sua correta utilização em contexto clínico, incluindo as boas práticas na colheita de sangue e tecido do cordão umbilical e sangue periférico materno, em conformidade com a legislação vigente e normas internacionais de qualidade. Esta componente revelou-se particularmente relevante para a prática do EEESMO, permitindo compreender o contributo na garantia da qualidade da colheita, na correta informação e orientação dos pais. A visita permitiu, assim, uma visão integrada entre a prática clínica e a componente laboratorial, contribuindo para uma atuação mais informada, segura e baseada na evidência (**Apêndice VII - Análise *SWOT* laboratório Bebê Vida**).

No âmbito do percurso formativo desenvolvido durante os EC, participei no IV Encontro Chicco: “Desafios da Parentalidade: Cuidar com Confiança”, (**Anexo VII - Certificado de participação no IV Encontro Chicco: “Desafios da Parentalidade: Cuidar com Confiança”**). Este evento constituiu uma oportunidade relevante de atualização de conhecimentos na área da saúde materna e neonatal, integrando uma abordagem multidisciplinar centrada na promoção do bem-estar materno, do RN e da família. O programa abordou diversas temáticas relevantes, nomeadamente os cuidados ao RN, o aleitamento materno, a vigilância de situações clínicas específicas (como hipoglicemia em grávidas diabéticas e sistema respiratório do RN), a introdução alimentar, bem como aspetos relacionados com a segurança rodoviária do RN, parentalidade e educação para a saúde. A diversidade dos temas e dos profissionais envolvidos permitiu uma visão integrada dos cuidados, reforçando a importância da intervenção do EEESMO na capacitação parental, promoção da saúde e prevenção de complicações. A participação neste encontro contribuiu para a consolidação de conhecimentos científicos e para a reflexão crítica sobre práticas clínicas, potenciando uma atuação mais informada (**Apêndice VIII - Análise *SWOT* participação no IV Encontro Chicco: “Desafios da Parentalidade: Cuidar com Confiança”**).

No âmbito do percurso formativo desenvolvido durante os EC, foi realizada a participação no Nascer Positivo – VII Encontro Internacional de Novos Paradigmas na Saúde da Mulher e no Nascimento (**Anexo VIII - Certificado de participação no**

Nascer Positivo – VII Encontro Internacional de Novos Paradigmas na Saúde da Mulher e no Nascimento). Este encontro constituiu uma experiência formativa particularmente enriquecedora, permitindo o contacto com abordagens inovadoras e integrativas na área da saúde materna. O programa destacou-se pela diversidade da temática, incluindo intervenções relacionadas com a utilização da voz como ferramenta terapêutica no TP, o impacto do sono na saúde da mulher, a abordagem salutogénica da menopausa, bem como a reflexão sobre violência e discriminação em saúde. Foram igualmente abordados aspetos fundamentais da prática clínica, como a influência das experiências traumáticas dos profissionais nos cuidados prestados, a importância da intuição no parto, a comunicação e liderança em saúde, e as estratégias promotoras do sucesso da amamentação e do bem-estar do RN. A participação neste encontro contribuiu para a ampliação da minha perspetiva enquanto futura EEESMO, sobre o cuidado em saúde materna, reforçando a importância de uma abordagem holística, baseada na evidência e tendo em conta fatores emocionais, sociais e culturais do TP e parentalidade (**Apêndice IX - Análise *SWOT* Nascer Positivo - VII Encontro Internacional de Novos Paradigmas na Saúde da Mulher e no Nascimento).**

No âmbito do percurso formativo, participei no 4º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) (**Anexo IX - Certificado de participação no 4º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO)**) promovido pela Unidade Local de Saúde (ULS) Almada-Seixal. Este encontro constituiu uma oportunidade relevante de atualização e consolidação de conhecimentos na área da saúde materna, com enfoque nas práticas clínicas, organizacionais e inovadoras associadas ao exercício do EEESMO. O programa abordou temáticas centrais, nomeadamente os desafios atuais na saúde da mulher, a avaliação da satisfação das grávidas acompanhadas pelo EEESMO e o contributo do EEESMO no diagnóstico pré-natal. Foram ainda exploradas áreas fundamentais na prestação de cuidados, como a consulta de plano de parto, o planeamento da amamentação, a promoção da autoimagem no pós-parto e o acompanhamento no período puerperal, reforçando a importância de cuidados contínuos e centrados na mulher. Destacou-se também, a abordagem à telemedicina e à teleconsulta no acompanhamento da gravidez e pós-parto, evidenciando a crescente integração das tecnologias na prestação de cuidados. A reflexão sobre as estratégias de comunicação multicultural e a atuação do EEESMO enquanto agente ativo na partilha de informação em saúde reforçaram a incidência relacional, educativa e social da prática profissional. Este encontro contribuiu,

assim, para o desenvolvimento de uma prática mais atualizada, reflexiva e alinhada com as exigências atuais dos cuidados em saúde materna (**Apêndice X - Análise *SWOT* 4º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO)**).

No percurso formativo, foi elaborada uma *Scoping Review*, intitulada “A liberdade de movimentos no trabalho de parto e a sua influência na duração do período expulsivo: revisão *scoping*”, desenvolvida segundo as orientações metodológicas do *Joanna Briggs Institute (JBI)* e do *PRISMA-ScR* (**Anexo X - Comprovativo da *Scoping Review* “A liberdade de movimentos no trabalho de parto e a sua influência na duração do período expulsivo: revisão *scoping*” no prelo pela revista *Salutis Scientia***). O principal objetivo deste trabalho consistiu, em mapear a evidência científica existente sobre o impacto da liberdade de movimentos durante o TP na duração do período expulsivo, analisando as diferentes posições maternas e a sua influência na progressão fisiológica do parto. A revisão integrou estudos internacionais recentes, permitindo evidenciar que a mobilidade materna e as posições verticalizadas estão associadas a benefícios significativos, nomeadamente na redução da duração do período expulsivo, melhoria da eficácia das contrações uterinas, no aumento do conforto e satisfação da mulher. O trabalho foi aceite para publicação na revista científica *Salutis Scientia* – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP- Lisboa, que se encontra no prelo. A elaboração desta revisão constituiu um contributo relevante para o desenvolvimento de competências em investigação, análise crítica da evidência e promoção de práticas clínicas baseadas em evidência científica, reforçando a importância da liberdade de movimentos como estratégia fundamental na humanização e otimização dos cuidados no TP (**Apêndice XI - “A liberdade de movimentos no trabalho de parto e a sua influência na duração do período expulsivo: revisão *scoping*”**).

Identificar as necessidades dos profissionais de saúde, das mulheres e das suas famílias, considerando as oportunidades de melhoria no âmbito das intervenções de enfermagem em saúde materna e obstétrica. Este objetivo foi alcançado através da realização de diagnósticos de situação nos diferentes EC, permitindo uma análise sistematizada das práticas e a identificação de áreas prioritárias de intervenção.

Assim, será apresentada a caracterização de cada EC, incluindo a descrição da estrutura física, área de abrangência e principais áreas de intervenção no âmbito da SMO. Será ainda abordada a metodologia de trabalho adotada, bem como os recursos humanos

e materiais disponíveis, com especial enfoque nas intervenções promotoras da mobilidade, conforto e bem-estar da mulher/família ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

III.1. Unidade de Cuidados na Comunidade

O EC decorreu numa UCC, integrada num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da zona de Lisboa e Vale do Tejo, entre 27 de Fevereiro a 4 de Abril de 2025, totalizando 150 horas.

O concelho onde se insere a unidade apresenta uma população residente estimada em cerca de 166.148 mil indivíduos, distribuída por várias freguesias que integram diferentes realidades sociais, económicas e culturais ^{45- 47}.

A UCC está orientada para a prestação de cuidados de saúde de proximidade, centrada na promoção da saúde, prevenção da doença e melhoria do bem-estar da população. A sua intervenção assenta numa abordagem comunitária, privilegiando a prestação de cuidados domiciliários, a implementação de programas de saúde e a atuação dirigida a grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade ⁴⁵⁻⁴⁷.

É constituída por uma equipa multidisciplinar, organizada de forma a responder às diferentes áreas de intervenção, integrando profissionais com competências específicas, nomeadamente: enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, responsáveis pela coordenação e gestão dos cuidados; enfermeiros generalistas, assistentes sociais e fisioterapeutas, no âmbito dos cuidados continuados integrados; enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria e assistentes sociais, na área da intervenção comunitária; os EEESMO responsáveis pelo acompanhamento da mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal e fisioterapeutas no âmbito da reabilitação pélvica e promoção da autonomia funcional.

A educação pré-natal visa capacitar os futuros pais, proporcionando um espaço de aprendizagem e reflexão. Nestes contextos educativos, o casal tem a oportunidade de adquirir conhecimentos que sustentam a tomada de decisão informada durante o TP, bem como de desenvolver competências para a gravidez, TP, parto e transição para a parentalidade ^{48, 49}.

Neste contexto, a UCC dinamiza o CPPP, orientado por EEESMO em conformidade com as orientações do SNS. A unidade funciona em dias úteis, entre as 8h00 e as 18h00, assegurando a continuidade dos cuidados e a acessibilidade da

população através de uma organização flexível dos horários. O CPPP é organizado em regime de horário flexível, contemplando aulas presenciais e *online*, com duração aproximada de duas horas cada. As sessões decorrem, preferencialmente, entre segunda a quinta-feira, no período compreendido entre as 9h00 e as 16h00, sendo realizadas atividades presenciais durante a manhã e sessões *online* no período da tarde. À sexta-feira, o funcionamento decorre entre as 8h30 e as 15h30, integrando a massagem infantil no pós-parto, sendo presencial no período da manhã e a componente *online* durante a tarde. As turmas são organizadas, preferencialmente, com um máximo de 12 grávidas, de forma a promover um acompanhamento mais individualizado. A inscrição é efetuada através da unidade de saúde de referência da grávida, mediante encaminhamento pela equipa de enfermagem, garantindo a articulação e continuidade dos cuidados.

O CPPP tem como principais objetivos, capacitar as grávidas e os seus acompanhantes para uma vivência informada e segura da gravidez, parto e puerpério; promover a adaptação física e emocional às mudanças da gravidez; facilitar a aprendizagem de estratégias para o TP e puerpério, reduzindo a ansiedade, promovendo a autoconfiança e incentivar o aleitamento materno e a parentalidade ativa, através da partilha de informação baseada na evidência.

O curso é estruturado em sessões teórico-práticas, nas quais são abordados conteúdos fundamentais para a preparação da mulher/casal, incluindo as alterações fisiológicas da gravidez e a adaptação materna, o TP com identificação de sinais de alarme e estratégias de alívio da dor, os cuidados ao RN e a promoção da amamentação, bem como a adaptação ao puerpério e à parentalidade. Adicionalmente, são abordados os direitos laborais associados à gravidez e ao período pós-parto, contribuindo para uma vivência mais informada de todo o processo.

O curso decorre nas instalações da UCC, dispondo de espaços diferenciados para a sua realização, nomeadamente uma sala destinada às sessões teóricas e um espaço de ginásio devidamente equipado para a componente prática.

Após o parto, a UCC disponibiliza programas de recuperação pós-parto, orientados por fisioterapeutas, com foco na reabilitação do pavimento pélvico e no fortalecimento muscular. Paralelamente, são dinamizados encontros dirigidos a mães e pais, com o objetivo de promover a partilha de experiências, o esclarecimento de dúvidas e o suporte mútuo entre os participantes. Adicionalmente, em articulação com a Associação Portuguesa de Massagem Infantil, são desenvolvidas iniciativas formativas

centradas na promoção do vínculo afetivo entre pais e bebés, através da aprendizagem de técnicas de massagem que favorecem o desenvolvimento infantil.

III.1.1. Diagnóstico de Situação

O presente EC foi orientado pela temática da mobilidade e liberdade de movimentos da mulher durante o TP, reconhecida como um elemento central na promoção de cuidados humanizados e informados da fisiologia do parto. O contexto da UCC, é caracterizado por uma forte componente educativa e de intervenção comunitária. Na primeira semana, após todo o processo de integração, procedi à identificação das estratégias mais adequadas para a operacionalização do plano de projeto estipulado.

Com a finalidade na identificação das intervenções a implementar no âmbito da temática em estudo, foi elaborado um roteiro informal na plataforma *Google Forms* (**Apêndice XII - Roteiro informal**), disponibilizado às grávidas participantes no CPPP da UCC, na segunda semana do EC. De carácter anónimo, este instrumento visou recolher informação sobre os conhecimentos, perceções e expectativas das participantes relativamente à mobilidade e liberdade de movimentos durante o TP, constituindo um elemento essencial para orientar o diagnóstico de situação.

Com base nos resultados do roteiro informal aplicado a 8 grávidas, foi possível realizar uma análise detalhada. Importa referir que a amostra é reduzida, ainda assim, permite identificar tendências relevantes para o diagnóstico de situação e para a definição de intervenções de melhoria (**Apêndice XIII - Resultado do roteiro informal**).

Procedendo à análise do roteiro informal é possível constatar que, as idades variaram entre os 22 e os 36 anos, verificando-se maior representatividade dos 22 anos (25%; n=2), enquanto as restantes idades 27, 28, 30, 31, 35 e 36 anos corresponderam, cada uma, a 12,5% (n=1) da amostra. Trata-se, portanto, de um grupo etariamente heterogéneo.

A maioria das participantes eram nulíparas 75% (n=6), enquanto 25% (n=2) eram múltiparas. Este dado é particularmente relevante, uma vez que a primiparidade tende a associar-se a maior necessidade de informação, preparação e apoio para a tomada de decisão informada. Todas as participantes encontravam-se no terceiro trimestre de gravidez (100%; n=8). Este resultado demonstra que o roteiro informal incidiu sobre um grupo em fase particularmente pertinente para a preparação para o parto e parentalidade, no qual a informação sobre a temática se torna especialmente útil e aplicável.

A maioria das grávidas planeava realizar o parto no hospital público 75% (n=6), enquanto 25% (n=2) indicaram planejar o parto no hospital privado. Nenhuma participante referiu o domicílio ou indecisão. Este dado é importante, pois remete a problemática para o contexto institucional e para a influência que a organização hospitalar poderá ter na liberdade de movimentos da mulher em TP.

Relativamente à frequência do CPPP, a totalidade das participantes referiu frequentar ou pretender frequentar o CPPP 100%; (n=8). Este dado reforça a importância deste contexto como espaço privilegiado para intervenção educativa dirigida às grávidas.

Quanto ao conhecimento prévio sobre a importância da mobilidade durante o TP, antes da gravidez atual, 62,5% (n=5) das participantes não tinham ouvido falar sobre a importância da mobilidade no TP, enquanto apenas 37,5% (n=3) referiram já possuir alguma informação prévia. Entre as fontes mencionadas surgiram a pesquisa individual, o curso frequentado numa gravidez anterior, a consulta médica e a partilha com outras mães. Este resultado evidencia um défice de conhecimento prévio sobre a temática, sugerindo que a mobilidade no TP não integra, de forma suficientemente consistente, a literacia geral das mulheres antes da gravidez.

O conhecimento sobre os benefícios de se manter ativa durante o TP, apenas 50% (n=4) das grávidas demonstraram conhecer benefícios concretos da mobilidade, enquanto os restantes 50% (n=4) distribuíram-se entre respostas de desconhecimento ou incerteza (“não”, “não sei”). As participantes que demonstraram conhecimento associaram a mobilidade à facilitação da descida fetal, aceleração do processo, melhoria das contrações, redução da necessidade de episiotomia e intervenções médicas, bem como na melhoria da recuperação pós-parto. Estes resultados mostram que, embora exista alguma perceção positiva sobre os benefícios da temática, o conhecimento necessita de ser reforçado com informação mais concreta e baseada na evidência.

Quanto à posição considerada mais adequada para o TP verificou-se que 50% (n=4) das participantes responderam “não sei”, demonstrando ausência de conhecimento, as restantes respostas distribuíram-se por deitada (12,5%; n=1), de cócoras (12,5%; n=1), de quatro apoios (12,5%; n=1) e uma resposta centrada na preferência individual/conforto, referindo a posição sentada como facilitadora da gestão da energia (12,5%; n=1), não surgiram escolhas explícitas para a posição de pé. Este resultado evidencia que a maioria das grávidas ainda não possui conhecimentos evidentes sobre a alternância de posições durante o TP.

Relativamente à reflexão prévia sobre as posições a adotar no TP, a análise das respostas mostra que apenas 37,5% (n=3) apresentavam alguma reflexão ou preferência, referindo posições verticais, cadeira ou conforto associado ao movimento da bacia. Em contrapartida, 62,5% (n=5) indicaram não ter pensado sobre o assunto, não saber ou necessitar de mais informações. Estes dados sugerem que a maioria das grávidas não tinha ainda elaborado um plano de parto sobre as posições a adotar durante o TP, reforçando a necessidade de intervenções neste sentido.

O receio em movimentarem-se durante o TP, a maioria das participantes referiu não ter receio (87,5%; n=7), enquanto 12,5% (n=1) demonstrou incerteza (“não sei”). Este dado é particularmente relevante, pois demonstra que a principal limitação é a falta de informação e de preparação para o TP.

Na forma como os profissionais de saúde podem apoiar a mobilidade, as respostas apontaram para várias necessidades concretas: ensino e orientação sobre movimentos da bacia e posições; demonstrar posições; disponibilidade e paciência dos profissionais de saúde; presença, comunicação e apoio contínuo; espaço adequado e minimização de equipamentos que restrinjam os movimentos. No geral, as grávidas valorizam o apoio profissional ativo, pedagógico e motivador (análise qualitativa).

A importância do apoio do acompanhante para a liberdade de movimentos no TP, na totalidade as participantes (100%; n=8) consideraram que o mesmo pode facilitar. As respostas salientaram apoio físico nas posições, segurança, suporte emocional e sensação de confiança. Este dado reforça a relevância de incluir o acompanhante nas intervenções educativas e práticas do CPPP.

No que concerne à abordagem do tema da mobilidade e posições no TP no CPPP, verificou-se que 50% (n=4) das participantes referiram que este conteúdo já tinha sido abordado, enquanto os restantes 50% (n=4) assinalaram a opção “não aplicável”. Não se registaram respostas negativas. Estes resultados sugerem que, entre as grávidas que já tinham frequentado sessões pertinentes do CPPP, a abordagem da mobilidade estava efetivamente contemplada. Contudo, a proporção de respostas “não aplicável” indica que parte das participantes poderá ainda não ter tido contacto com o tema no momento da recolha dos dados.

Relativamente à perceção para decidir sobre a posição a adotar durante o TP após a frequência do CPPP, verificou-se que 50% (n=4) das participantes responderam positivamente, enquanto os restantes 50% (n=4) assinalaram a opção “não aplicável”, não se registaram respostas negativas. Estes resultados sugerem que, entre as grávidas que já

tinham frequentado os conteúdos correspondentes do CPPP, o mesmo contribuiu para a sua capacitação e para a tomada de decisão informada relativamente às posições no TP. A proporção de respostas “não aplicável” poderá refletir o facto de parte das participantes ainda não ter tido contacto com o conteúdo no momento da recolha dos dados, evidenciando a importância da sua abordagem atempada.

No que se refere à percepção das grávidas sobre o impacto do CPPP na sua visão do TP, verificou-se que 50% (n=4) das participantes referiram um impacto positivo, associando o curso a maior tranquilidade, segurança e melhor compreensão das diferentes posições. Por outro lado, 37,5% (n=3) das respostas indicaram impossibilidade de avaliação no momento da recolha, por se encontrarem numa fase inicial do curso ou sem conhecimentos suficientes da temática, enquanto 12,5% (n=1) mantiveram incerteza. Estes resultados sugerem que o CPPP pode contribuir positivamente para a reformulação da percepção do TP, embora a avaliação do seu impacto dependa do momento de frequência e da efetiva abordagem dos conteúdos.

A percepção das grávidas sobre a necessidade de reforço da temática da mobilidade no TP nos CPPP, verificou-se que 62,5% (n=5) das participantes consideram que esta deve ser mais valorizada, evidenciando pouco contacto com a temática. Por outro lado, 25% (n=2) manifestaram indiferença, podendo refletir reduzida literacia ou contacto limitado com o tema, e apenas 12,5% (n=1) consideraram não ser necessário reforço. Estes resultados sugerem a necessidade de fortalecer a abordagem mais consistente da mobilidade em TP nos CPPP, promovendo uma capacitação mais efetiva das grávidas/famílias para a adoção destas práticas.

O conhecimento das grávidas acerca da possibilidade de liberdade de movimentos no hospital onde planeiam realizar o parto, verificou-se que 62,5% (n=5) das participantes referiram desconhecer se essa prática é permitida, enquanto 37,5% (n=3) responderam ter conhecimento que no hospital onde iria ser o parto tinha a opção de liberdade de movimentos em TP, não se registaram respostas negativas. Estes resultados evidenciam um défice de informação relativamente às condições institucionais associadas ao local de parto, sugerindo a necessidade de reforçar a capacitação das grávidas para a tomada de decisão informada, nomeadamente através da explicação em consultas hospitalares nos locais de parto.

A percepção sobre as condições dos hospitais/maternidades para a liberdade de movimentos, apenas 25% (n=2) das participantes consideraram que os hospitais oferecem condições adequadas para a liberdade de movimentos no TP, enquanto 75% (n=6)

responderam que isso depende do hospital, não houve respostas negativas absolutas. Este resultado revela uma percepção de variabilidade institucional, sugerindo que as mulheres reconhecem que a experiência poderá depender do contexto onde o parto ocorre.

As principais barreiras percebidas à liberdade de movimentos durante o TP, identificadas foram falta de apoio profissional (25%; n=2); medo (25%; n=2); dor (25%; n=2); analgesia locorregional (12,5%, n=1); protocolos hospitalares (12,5%; n=1) e monitorização contínua (0%). Embora a amostra seja pequena, estes dados sugerem que as barreiras são percebidas como simultaneamente institucionais, físicas e emocionais.

A percepção sobre o incentivo dos profissionais de saúde à mobilidade, as respostas mostram as participantes consideram, de forma global, 37,5% (n=3) responderam que os profissionais incentivam a liberdade de movimentos e 12,5% (n=1) não souberam responder. Algumas grávidas referiram que isso depende do profissional, não surgiram respostas negativas. Permanece uma proporção relevante de grávidas sem experiência ou informação suficiente para avaliar esta questão.

Relativamente à influência da mobilidade na recuperação pós-parto, as respostas apresentam uma tendência para valorizar um possível impacto positivo, embora coexistam várias respostas de incerteza. As participantes que responderam positivamente associaram a mobilidade à redução da episiotomia ou de partos instrumentalizados (análise qualitativa).

Quanto às sessões no pós-parto, a maioria das participantes manifestou interesse em frequentar 87,5% (n=7) e 12,5% (n=1) responderam “talvez”, não houve respostas negativas. Este dado demonstra elevada receptividade para intervenções de continuidade de cuidados e reforço educativo no pós-parto.

III.1.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas e de Mestre

Os objetivos e atividades definidos para o EC, desenvolvido em UCC, foram integralmente atingidos.

Objetivo específico: Identificar as necessidades de conhecimento das grávidas/famílias sobre a importância da temática.

Atividade: Elaboração de um roteiro informal dirigido às grávidas, aplicado através da plataforma *Google Forms*; Analisar as respostas de forma detalhada e sistematizada.

Domínio de competências:

A concretização deste objetivo permitiu o desenvolvimento das **competências comuns do enfermeiro especialista**, particularmente na responsabilidade profissional, ética e legal (**A**), de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (**A1**), através da unidade de competência (**A1.1**), incluindo os critérios de avaliação **A1.1.1; A1.1.2; A1.1.4; A1.1.5; A1.1.7; A1.3.1; A1.3.2**, assegurando uma prática baseada no respeito pela dignidade da grávida, pela autonomia e pelos seus direitos. Encontra-se explícita a competência, que garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (**A2**), através da unidade de competência (**A2.1**), ao valorizar a voz das grávidas, as suas perceções e necessidades, contribuindo para a capacitação e para a tomada de decisões informadas ¹¹.

Foram desenvolvidas competências no domínio da melhoria contínua da qualidade (**B**), através da elaboração e da aplicação de um instrumento de recolha de dados, bem como da sua análise sistematizada, enquadrando-se na competência do desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua (**B2**), através da monitorização das necessidades das grávidas, da análise crítica dos resultados obtidos e da implementação de estratégias adequadas à realidade identificada no EC I, através da unidade de competência (**B2.2**), incluindo os critérios de avaliação **B2.2.1; B2.2.2; B2.2.3 e B2.3.2** ¹¹.

Por fim, foram desenvolvidas competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (**D**), através da identificação das necessidades de conhecimento das grávidas que possibilitou reconhecer lacunas formativas e sustentar a prática clínica em dados concretos, promovendo uma atuação baseada na evidência científica (**D2**), incluindo a unidade de competência (**D2.2**), através dos critérios de avaliação **D2.2.2; D2.2.6**; incluindo a unidade de competência **D2.3**, através dos critérios de avaliação **D2.3.1; D2.3.2; D2.3.3; D2.3.5** ¹¹.

De acordo com o **regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica**, destaca-se a **Competência 2** - cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, uma vez que a atividade incidiu diretamente na identificação das necessidades das grávidas de acordo com a temática, no âmbito da preparação para o parto/parentalidade e promoção da saúde, contribuindo para a tomada de decisão informada (**2.1**); através dos critérios de avaliação **2.1.1; 2.1.5; 2.1.6; 2.1.7; 2.1.8; 2.1.10** ¹⁴. Esta unidade de competência foi atingida, na medida em que a atividade possibilitou a identificação das necessidades das grávidas relativamente à mobilidade e liberdade de movimentos no TP.

A recolha e a análise dos dados permitiram orientar as intervenções educativas adequadas, promovendo assim a capacitação da mulher e a sua participação ativa na tomada de decisão informada.

O diagnóstico precoce e prevenção de complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal também foi adquirido (2.2), através do critério de avaliação 2.2.8¹⁴. Esta unidade de competência foi desenvolvida de forma indireta, uma vez que a identificação de lacunas de conhecimento e de fatores que condicionam a mobilidade permite antecipar situações que possam comprometer a evolução fisiológica do TP. Assim, a atividade contribuiu para a prevenção de práticas desadequadas e para a promoção de comportamentos que favorecem melhores resultados materno-fetais.

Por fim, foi adquirida a providência nos cuidados à mulher com o intuito de facilitar a sua adaptação, durante o período pré-natal (2.3), através do critério de avaliação 2.3.1¹⁴. A atividade revelou-se pertinente ao permitir compreender as expectativas, crenças e inseguranças das grávidas, possibilitando a adequação das intervenções de enfermagem às suas necessidades. Este processo favorece a adaptação da mulher à gravidez e à preparação para o parto, promovendo a sua confiança, autonomia e envolvimento nos cuidados.

De acordo com o **regulamento dos cursos de mestrado em enfermagem, para obtenção do grau de mestre** foram desenvolvidas competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (a), através da utilização de uma metodologia estruturada de recolha e análise de dados, evidenciando uma capacidade de pensamento crítico, suporte da prática na evidência científica e fundamentação da tomada de decisão clínica. Este objetivo permitiu também mobilizar, de forma evidente, a competência de promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recursos à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos (b), na medida em que o diagnóstico de situação sustentou a definição de estratégias de intervenção baseadas na evidência e orientadas para a otimização dos cuidados prestados¹².

Objetivo específico: Identificar as necessidades de conhecimento das grávidas/famílias sobre a importância da temática.

Atividade: Produção de um folheto informativo sobre a temática; Distribuição de um folheto informativo sobre a temática (**Apêndice XIV - Folheto informativo**).

Domínio de competências:

A concretização deste objetivo permitiu-me adquirir **competências comuns do enfermeiro especialista**, com particular enfoque no domínio da melhoria contínua da qualidade (**B**), adquirindo a competência de desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua (**B2**), incluindo da unidade de competência **B2.2** ¹¹. A produção e distribuição de um folheto informativo, dirigido às grávidas/famílias, constituiu uma estratégia de intervenção educativa baseada nas necessidades previamente identificadas, contribuindo para a implementação de práticas promotoras de qualidade.

Foi também adquirido o domínio de competência do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (**D**), através da utilização da conduta dos cuidados especializados em evidência científica (**D2**), incluindo a unidade de competência **D2.2**, através dos critérios de avaliação **D2.2.1; D2.2.2; D2.2.4; D2.2.6** ¹¹. A elaboração e distribuição do folheto informativo implicou a seleção, análise crítica e integração de informação científica atualizada, garantindo que os conteúdos incluídos eram fidedignos, pertinentes e alinhados com as recomendações baseadas na evidência no âmbito da mobilidade e liberdade de movimentos durante o TP. A construção do folheto exigiu uma linguagem acessível e adequada às grávidas.

De acordo com o **regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica**, destaca-se a **Competência 2** - cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, particularmente ao nível da promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal (**2.1**), pelos critérios de avaliação **2.1.1; 2.1.5; 2.1.6; 2.1.8; 2.1.10** ¹⁴. Esta foi atingida através da disponibilidade de informação acessível e cientificamente fundamentada, permitindo às grávidas adquirir conhecimentos sobre os benefícios da mobilidade no TP, as posições que facilitam a progressão do TP e as estratégias de alívio da dor. Ao nível do diagnóstico precoce e prevenção de complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal (**2.2**), através do critério de avaliação **2.2.8** ¹⁴. A atividade desenvolvida assumiu relevância ao antecipar comportamentos não informados das grávidas relativamente à temática, constituindo uma ferramenta preventiva, incentivando comportamentos que potenciam melhores resultados materno-fetais.

De acordo com o **regulamento dos cursos de mestrado em enfermagem, para obtenção do grau de mestre**, esta atividade permitiu mobilizar competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde **(a)**, através da elaboração de um material informativo sustentado na evidência científica mais atual, demonstrando capacidade de análise crítica e de adaptação do conhecimento à prática. Contribuiu igualmente para a promoção da qualidade dos cuidados de saúde, com recursos à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos **(b)**, ao disponibilizar informação estruturada que potencia a capacitação das grávidas/famílias para a adoção de práticas informadas. Por fim, evidencia-se a competência que contribui para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada **(c)**, ao assumir enquanto futura EEESMO um papel ativo na dinamização de intervenções educativas no contexto comunitário, promovendo a literacia em saúde e reforçando o meu contributo enquanto agente de mudança e promotora de cuidados baseados na evidência ¹².

Objetivo específico: Sensibilizar as grávidas/famílias nos CPPP sobre os benefícios da temática através da demonstração de movimentos e posições que podem facilitar a progressão do TP.

Atividade: Criação de vídeo educativo para as grávidas/famílias no CPPP focados nos benefícios da temática através da demonstração de movimentos e posições que podem facilitar a progressão do TP; Demonstração de vídeo educativo produzido (**Apêndice XV - Vídeo educativo**).

Domínio de competências:

A concretização deste objetivo permitiu o desenvolvimento das **competências comuns do enfermeiro especialista**, com destaque para o domínio da melhoria contínua da qualidade **(B)**, no desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua **(B2)**, incluindo a unidade de competência **B2.2** ¹¹. A elaboração do vídeo educativo às grávidas/famílias implicou a identificação prévia das necessidades das mesmas, bem como a seleção e organização de conteúdos cientificamente fundamentados sobre os benefícios da temática. A sua implementação enquanto estratégia educativa inovadora contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados, ao promover a uniformização da informação transmitida, facilitar a

compreensão dos conteúdos e potencializar a adoção de práticas alinhadas com a evidência científica.

De destacar que também o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais foi alcançado, através da competência que baseia a práxis clínica especializada em evidência científica (**D2**), incluindo as unidades de competências **D2.2** e **D2.3** ¹¹. A construção do vídeo exigiu uma pesquisa, análise e integração da evidência científica atualizada, bem como a adaptação a uma linguagem acessível e adequada ao público-alvo (grávidas/famílias). A apresentação do vídeo nos CPPP, permitiu ainda a partilha do conhecimento, promovendo a literacia em saúde das grávidas/famílias.

De acordo com o **regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica**, destaca-se a **Competência 2** - cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, incluindo a unidade de competência **2.1**, através dos critérios de avaliação **2.1.1; 2.1.5; 2.1.6; 2.1.8; 2.1.10** ¹⁴. A demonstração dos benefícios, movimentos e posições que facilitam a progressão do TP contribuiu diretamente para a capacitação das grávidas/famílias, promovendo uma vivência mais ativa e informada do TP.

De acordo com o **regulamento dos cursos de mestrado em enfermagem, para obtenção do grau de mestre**, esta atividade permitiu desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (**a**), pela necessidade de fundamentar a construção do vídeo em evidência científica atualizada sobre a temática, assegurando a qualidade, pertinência e adequação dos conteúdos ¹². Simultaneamente, implicou a adaptação do conhecimento científico a uma linguagem acessível, adequada ao público-alvo, bem como a seleção de estratégias pedagógicas eficazes.

Contribuiu igualmente para promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recursos à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos (**b**), através da atividade implementada que contribuiu para a qualificação das práticas de cuidados, ao disponibilizar um recurso educativo estruturado que favorece a literacia em saúde das grávidas/famílias ¹².

Por fim, evidencia-se a competência que contribui para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada (**c**), ao assumir um papel ativo na dinamização de intervenções educativas e na introdução de estratégias inovadoras no contexto do CPPP,

contribuindo para a evolução das práticas e para a valorização do EEESMO enquanto agente de mudança ¹².

Objetivo específico: Informar as grávidas/famílias nos CPPP sobre os seus direitos, promovendo o conhecimento e a autonomia para que possam tomar decisões informadas sobre o seu corpo, o TP e os cuidados recebidos.

Atividade: Organização de sessão de esclarecimento no CPPP para as grávidas/famílias acerca dos direitos sobre o seu corpo, o TP e os cuidados recebidos; Apresentação de *PowerPoint* da temática (**Apêndice XVI - *PowerPoint* da temática**).

Domínio de competências:

A concretização deste objetivo permitiu o desenvolvimento de competências no domínio das **competências comuns do enfermeiro especialista**, com destaque para o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (**A**), através do desenvolvimento de uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. (**A1**), incluindo a unidade de competência **A1.1**, através dos critérios de avaliação **A1.1.1; A1.1.2; A1.1.4; A1.1.5; A1.1.7** ¹¹. Esta competência foi atingida ao garantir a transmissão de informação fidedigna e baseada nos princípios éticos e legais, promovendo o respeito pela dignidade, autonomia e direitos da mulher. A abordagem da temática dos direitos da grávida no contexto do TP implicou o cumprimento das normas legais e deontológicas, assegurando que as mesmas fossem informadas sobre o seu direito à escolha, à participação ativa nas decisões e ao consentimento informado.

Inclui-se a competência **A1.2.**, através dos critérios de avaliação **A1.2.1; A1.2.2; A1.2.3 e A1.2.4** ¹¹. Esta foi desenvolvida através da promoção de uma prática profissional responsável e consciente, ao sensibilizar as grávidas/famílias para o conhecimento dos seus direitos, o TP e os cuidados recebidos. A sessão de esclarecimento fomentou o empoderamento das mulheres, reforçando a sua autonomia e capacidade de participação no processo de cuidados, enquanto exigiu de mim uma postura ética, assertiva e fundamentada na evidência e na legislação em vigor.

Foi também atingida a área de competência que garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (**A2**), incluindo a unidade de competência **A2.1** ¹¹. Esta foi concretizada ao promover a proteção e valorização dos direitos humanos, através da capacitação das grávidas para o exercício da

sua autonomia, bem como para a adoção de uma prática profissional que respeita a dignidade, a individualidade e os valores de cada pessoa.

Paralelamente, esta intervenção contribuiu para o domínio da melhoria da qualidade **(B)**, em que foi alcançada a competência que desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua **(B2)**, através da área de competência **B2.2**, pela identificação das necessidades de informação das grávidas e da implementação de uma estratégia educativa dirigida através da elaboração e apresentação do *Powerpoint*, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados no contexto dos CPPP ¹¹.

Foi garantindo um ambiente terapêutico e seguro **(B3)**, através da unidade de competência **B3.1**. Esta foi desenvolvida ao criar um espaço de partilha, esclarecimento e confiança, onde as grávidas/famílias puderam expressar as suas dúvidas e adquirir conhecimentos sobre os seus direitos, TP e cuidados recebidos ¹¹.

Inclui-se o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais **(D)**, incluindo a unidade de competência **D1.1**, através dos critérios de avaliação **D1.1.1** e **D1.1.3** ¹¹. Ao identificar pontos fortes e as áreas a melhorar na partilha de conteúdos dos direitos da mulher no TP. Paralelamente, a condução da sessão, com interação direta com as grávidas/famílias, permitiu desenvolver uma postura assertiva e segura.

Por fim, está presente a competência que baseia a prática clínica especializada em evidência científica **(D2)**, através da unidade de competência **D2.2** e **D2.3** ¹¹. A competência foi atingida na medida em que a preparação da sessão de esclarecimento e a elaboração do *PowerPoint* implicaram pesquisa, seleção e análise crítica da evidência científica atualizada, bem como do enquadramento legal relativo aos direitos da mulher no TP.

De acordo com o **regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica**, destaca-se a **competência 2 - cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**; através da promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal **(2.1)**, incluindo os critérios de avaliação **2.1.1; 2.1.5; 2.1.6; 2.1.8; 2.1.10** ¹⁴. Esta competência foi atingida, pela transmissão de informação estruturada e cientificamente fundamentada acerca dos direitos da mulher, do TP e cuidados recebidos, promovendo a literacia em saúde, a autonomia e a capacidade de tomada de decisão informada.

Inclui-se também o diagnóstico precoce e prevenção da saúde da mulher durante o período pré-natal **(2.2)**, através dos critérios de avaliação **2.2.1; 2.2.8** ¹⁴. Foi possível

identificar e antecipar lacunas de conhecimento que poderiam comprometer a experiência da mulher no TP, nomeadamente no que respeita à falta de informação dos seus direitos no TP.

Adquiri a providência de cuidados à mulher e facilitação à sua adaptação, durante o período pré-natal, através dos critérios de avaliação **2.3.1; 2.3.2** ¹⁴. A competência foi evidenciada através do apoio prestado às grávidas/famílias na compreensão dos seus direitos e do TP, reforçando aspetos emocionais e cognitivos.

De acordo com o **regulamento dos cursos de mestrado em enfermagem, para obtenção do grau de mestre**, esta atividade permitiu mobilizar competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde **(a)**, esta competência foi atingida na medida em que a atividade implicou a integração de conhecimentos científicos atualizados e princípios éticos na construção dos conteúdos apresentados, garantindo uma abordagem adequada ao contexto ¹².

Contribuiu igualmente para promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recursos à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos **(b)**, ao reforçar a autonomia das mulheres e a participação ativa no TP, na medida em que a sessão de esclarecimento permitiu capacitar as grávidas/famílias com informação estruturada sobre os seus direitos, promovendo a sua autonomia e participação ativa ¹².

Por fim, evidencia-se a competência que contribui para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada **(c)**, enquanto EEESMO ao assumir um papel proativo como elemento dinamizador de práticas educativas no contexto do CPPP, promovendo a consciencialização da grávida acerca dos direitos, do TP e dos cuidados recebidos. A organização da atividade e a apresentação do *PowerPoint* demonstraram iniciativa na implementação de estratégias educativas orientadas para as necessidades identificadas no contexto clínico ¹².

III.1.3. Ganhos em Saúde

As intervenções desenvolvidas no âmbito dos programas dos CPPP têm como principal finalidade capacitar as grávidas/famílias para o TP, bem como dotá-las de estratégias eficazes na gestão da dor em TP. Entre os benefícios associados à participação nestes programas destacam-se o aumento da confiança da mulher face ao TP, a melhoria

da comunicação com os profissionais de saúde, a redução da necessidade de recurso a analgesia durante o TP e a promoção de uma maior satisfação relativamente à experiência do TP ⁵⁰.

As atividades desenvolvidas permitiram não só responder às necessidades identificadas, como também promover ganhos em saúde, nomeadamente ao nível do aumento da literacia em saúde, da autonomia, bem-estar materno-fetal e participação ativa das grávidas no seu plano de cuidados. Importa salientar que a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, sustentada na evidência científica mais atual, configura-se como um processo que exige atualização constante, reflexão crítica e adaptação contínua ao longo de todo o percurso profissional.

Verificou-se um aumento significativo da literacia em saúde das grávidas/famílias, resultante da disponibilização de informação estruturada, acessível e atual (folheto, vídeo educativo e *PowerPoint*). Este ganho traduziu-se numa melhor compreensão da fisiologia do TP, dos benefícios da mobilidade e das diversas posições existentes.

A capacitação da grávida/ família, através da preparação adequada para o TP e da informação fidedigna, assume igualmente um aspeto crucial. O medo, a falta de informação ou a ausência de apoio contínuo dos profissionais de saúde podem constituir barreiras à concretização de um parto fisiológico. Neste enquadramento, torna-se fundamental que os EEESMO desenvolvam competências que lhes permitam apoiar, orientar e capacitar as parturientes na escolha de posições que promovam o conforto, segurança durante o TP ^{3, 15, 51}.

Adicionalmente, verificou-se um aumento do *empowerment* das mulheres, traduzido na valorização da sua capacidade de agir sobre o próprio corpo e no reconhecimento da mobilidade como estratégia promotora do conforto, controlo e bem-estar durante o TP. Este conjunto de ganhos reforça o contributo do EEESMO, para a promoção de cuidados de saúde mais seguros, eficazes e humanizados ^{1-4, 32, 52}.

III.2. Exames Especiais na área da Gravidez de Alto Risco

O EC na área dos Exames Especiais na Gravidez de Alto Risco, num Centro de Medicina Reprodutiva, na zona da Grande Lisboa, entre 7 a 11 de Abril de 2025, com uma carga horária total de 35 horas.

A unidade hospitalar onde decorreu o EC insere-se num contexto de cuidados diferenciado na área da saúde materna e perinatal, assumindo-se como referência na prestação de cuidados especializados. A sua área de abrangência inclui diversos concelhos da Área Metropolitana de Lisboa, assegurando resposta a uma população numerosa e heterogénea, com diferentes necessidades em saúde. Para além da sua área geográfica direta, esta unidade integra circuitos de referenciação que permitem o encaminhamento de grávidas provenientes de outras regiões do país, particularmente em situações de maior complexidade clínica, como a gravidez de alto risco, patologia materno-fetal e cuidados neonatais diferenciados ⁵³.

O funcionamento do serviço ocorre maioritariamente em horário diurno em dias úteis, no que respeita às atividades programadas, incluindo consultas médicas e de enfermagem.

A nível estrutural, o serviço dispõe de áreas diferenciadas, nomeadamente gabinetes de consulta médica e de enfermagem, sala de procedimentos para técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA), área de colheita e processamento de gâmetas, bem como laboratórios especializados, equipados com tecnologia avançada para manipulação embrionária. Estes espaços são organizados de forma a garantir privacidade, segurança e o controlo rigoroso das condições ambientais, essenciais à viabilidade dos procedimentos realizados.

A equipa é multidisciplinar, sendo constituída por médicos especialistas em ginecologia/obstetrícia com diferenciação em medicina da reprodução, enfermeiros generalistas, EEESMO, embriologistas, psicólogos e técnicos auxiliares de saúde.

Este serviço dedica-se ao diagnóstico e tratamento da infertilidade conjugal, incluindo a realização de técnicas de PMA de primeira e segunda linha, ao acompanhamento de casais com infeções virais, à preservação do potencial reprodutivo e à colheita, processamento e criopreservação de gâmetas no âmbito de programas públicos ⁵³.

O serviço dispõe de consultas e procedimentos especializados na área da medicina reprodutiva, orientados para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento da infertilidade. Neste âmbito, são realizadas consultas de apoio à fertilidade, destinadas à avaliação clínica de casais inférteis ou mulheres sem parceiro masculino, incluindo um estudo etiológico, a definição de estratégias terapêuticas e o esclarecimento sobre o prognóstico. Paralelamente, as consultas de PMA permitem a reavaliação clínica dos

utentes, a definição de protocolos de estimulação ovárica, a monitorização da resposta ao tratamento e a programação das técnicas a realizar ⁵³.

O serviço integra ainda consultas específicas dirigidas a situações particulares, como a consulta de patologia crónica, vocacionada para o acompanhamento de utentes com infeções virais; a consulta de andrologia, centrada na avaliação da fertilidade masculina e no diagnóstico e tratamento de disfunções associadas e a consulta de doação de embriões, que contempla a confirmação da indicação terapêutica, preparação endometrial e planeamento da transferência de embriões doados ⁵³.

No âmbito da preservação da fertilidade, são realizadas consultas que visam a avaliação clínica e a definição de estratégias para salvaguardar o potencial reprodutivo, incluindo a criopreservação de gâmetas masculinos e femininos. A consulta de enfermagem assume um contributo importante no acompanhamento dos utentes, proporcionando apoio emocional, educação para a saúde e esclarecimento de dúvidas, contribuindo assim, para a redução da ansiedade e para a tomada de decisões informadas ao longo de todo o processo. Complementarmente, a consulta de embriologia permite o esclarecimento técnico sobre os procedimentos de PMA, incluindo os resultados da fertilização, desenvolvimento embrionário e critérios de seleção para transferência ou criopreservação ⁵³.

O serviço dispõe de bloco operatório destinado à realização de intervenções cirúrgicas associadas à infertilidade, bem como à execução de técnicas de PMA. Estas incluem procedimentos de primeira linha, como a indução da ovulação e a inseminação intrauterina, e de segunda linha, como a fertilização *in vitro* (FIV) e a injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). Integra ainda a realização de transferências embrionárias, quer em ciclo fresco, quer a partir de embriões previamente criopreservados, assegurando uma abordagem integrada e diferenciada no tratamento da infertilidade.

A intervenção neste contexto caracteriza-se por uma forte componente técnico-científica, aliada a uma abordagem humanizada, centrada no apoio emocional e na promoção da esperança e resiliência dos casais.

III.2.1. Diagnóstico de Situação

O EC realizado no serviço no Centro de Medicina Reprodutiva, permitiu a observação de um contexto diferenciado, caracterizado por uma forte componente

técnico-científica, centrada na abordagem da infertilidade e na implementação de técnicas de reprodução assistida. Através da análise das atividades observadas, nomeadamente consultas de enfermagem, consultas médicas, realização de técnicas como FIV, inseminação intrauterina, biópsia testicular e outros procedimentos associados, foi possível compreender a complexidade do percurso do casal em tratamentos de infertilidade, bem como a exigência técnica e organizacional inerente a este tipo de cuidados.

Apesar do carácter predominantemente observacional do EC, foi possível identificar algumas áreas relevantes do ponto de vista do diagnóstico de situação. Emergem necessidades ao nível do acompanhamento emocional do casal, considerando o impacto psicológico associado aos tratamentos de PMA, aos ensinamentos de administração da medicação instituída.

Adicionalmente, identifiquei a importância da intervenção do EEESMO na promoção da literacia em saúde, nomeadamente no esclarecimento dos procedimentos, gestão de expectativas e apoio na tomada de decisão informada.

Por outro lado, o contacto com este contexto permitiu-me identificar como a existência de uma equipa multidisciplinar diferenciada e a utilização de tecnologia avançada, garantem a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Assim, o diagnóstico de situação neste contexto centrou-se essencialmente na análise das práticas observadas, permitindo identificar como principais áreas de intervenção: reforço do apoio emocional ao casal; educação para a saúde e literacia em PMA; promoção da continuidade e articulação de cuidados.

III.2.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas e de Mestre

Objetivo específico:

Participar ativamente no cuidado à grávida nos exames especiais de alto risco.

Atividade:

Participação do cuidado à grávida.

Domínio de competências:

A concretização deste objetivo permitiu o desenvolvimento de competências no domínio das **competências comuns do enfermeiro especialista**, destacando-se o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A), na competência que garante práticas de

cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (**A2**), através da unidade de competência **A2.1** ¹¹. Esta competência foi atingida na medida em que a participação neste contexto exigiu uma postura ética, baseada no respeito pela dignidade, privacidade e intimidade da mulher/casal, particularmente em situações de maior vulnerabilidade clínica e emocional. Durante a observação dos procedimentos, foi garantido o cumprimento dos princípios do consentimento informado, da confidencialidade e do respeito pelas decisões da mulher. Adicionalmente, a interação com as mulheres e a equipa multidisciplinar permitiu compreender a importância de uma abordagem centrada na pessoa, respeitando os seus valores, crenças e direitos.

De acordo com o **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**, evidencia-se o desenvolvimento na observação da **Competência 1** – cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional ¹⁴. A observação participada no contexto do Centro de Medicina Reprodutiva permitiu compreender a complexidade do acompanhamento de mulheres submetidas a técnicas de PMA. Este contacto possibilitou a identificação das necessidades específicas destas mulheres, nomeadamente ao nível físico, emocional e de informação, bem como a importância de uma vigilância diferenciada, contínua e especializada.

Destaca-se igualmente a **Competência 6** – cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, uma vez que a infertilidade constitui uma condição de saúde com impacto significativo, exigindo uma abordagem integrada e especializada ¹⁴. A observação participada neste contexto permitiu compreender a infertilidade como uma condição de saúde com impacto significativo a nível físico, emocional e social da mulher/casal. Foi possível identificar a complexidade dos cuidados prestados, bem como a necessidade de uma abordagem integrada, individualizada e especializada, centrada nas necessidades específicas destas mulheres.

Adicionalmente, foi possível desenvolver a **Competência 7** – cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil), inserido na comunidade, através da compreensão das necessidades da mulher/casal em contexto de infertilidade, nomeadamente ao nível da literacia em saúde, apoio emocional e tomada de decisão informada ¹⁴. A observação participada neste contexto permitiu compreender as necessidades específicas do casal em situação de infertilidade, nomeadamente ao nível da literacia em saúde, do apoio emocional e da tomada de decisão informada. Apesar da ausência de intervenção direta, a observação das interações entre profissionais de saúde e as mulheres possibilitou

identificar estratégias de comunicação e de educação para a saúde que promovem o envolvimento ativo da mulher/casal no processo de cuidados.

De acordo com o **Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem, para obtenção do grau de mestre**, este estágio permitiu o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde **(a)** ¹². Através da observação e análise crítica de práticas especializadas na área da reprodução assistida. O contacto com procedimentos diferenciados e com a atuação da equipa multidisciplinar permitiu integrar conhecimento científico atualizado, compreender a complexidade técnica dos cuidados e reconhecer a importância dos princípios éticos, nomeadamente no respeito pela autonomia, confidencialidade e tomada de decisão informada da mulher/casal.

Contribui igualmente para a promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recursos à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos **(b)**, mediante a identificação de áreas de melhoria, nomeadamente ao nível do acompanhamento emocional e da educação para a saúde ¹². Esta foi desenvolvida através da identificação, em contexto real, de áreas de melhoria, nomeadamente ao nível do acompanhamento emocional dos casais e da educação para a saúde. A observação permitiu reconhecer lacunas e oportunidades de intervenção do EEESMO, contribuindo para uma visão crítica orientada para a melhoria contínua das práticas e para a adequação dos cuidados às necessidades das mulheres.

Por fim, evidencia-se a competência que contribui para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada **(c)** ¹². Esta foi evidenciada pelo desenvolvimento de uma postura reflexiva e proativa, sustentada na análise das práticas observadas e na integração de conhecimentos adquiridos. A inserção num contexto diferenciado permitiu compreender o papel do EEESMO em equipas multidisciplinares, valorizando a colaboração interprofissional e a contribuição ativa para a evolução das práticas, com vista à prestação de cuidados mais qualificados, humanizados e centrados na pessoa.

III.1.3. Ganhos em Saúde

Os ganhos em saúde decorrentes no Centro de Medicina Reprodutiva, evidenciam-se, sobretudo, ao nível da melhoria da qualidade dos cuidados e da

abordagem centrada na mulher/casal. Destaca-se o reforço da qualidade dos cuidados prestados, através da aquisição de conhecimentos técnico-científicos na área da reprodução assistida, permitindo uma futura intervenção mais informada, segura e baseada na evidência. Adicionalmente, verificou-se um aumento da sensibilidade para o fator emocional e psicológico da infertilidade, reconhecendo a importância do apoio emocional contínuo e da comunicação empática. Este ganho é particularmente relevante na promoção do bem-estar da mulher/casal, contribuindo para a redução da ansiedade, do stress e do impacto emocional associado aos tratamentos.

Outro ganho relevante prende-se com a valorização da literacia em saúde e da tomada de decisão informada, compreendendo a importância do EEESMO na transmissão de informação concreta, rigorosa e acessível, promovendo a participação ativa.

Estes ganhos refletem-se, a longo prazo, na melhoria da experiência das mulheres e na qualidade dos cuidados em saúde reprodutiva.

III.3. Exames Especiais na área da Ginecologia

O EC prosseguiu na área da Ginecologia, em contexto de exames especiais, nomeadamente na Histeroscopia, Colposcopia e Bloco de Ginecologia, entre 14 a 17 de Abril de 2025, num hospital da região da Grande Lisboa, com uma carga horária total de 35 horas.

O serviço de Exames Especiais de Ginecologia integra uma unidade hospitalar de referência, não estando limitado a uma área geográfica restrita, funcionando por referenciação. Neste contexto, assegura a prestação de cuidados a mulheres provenientes da Área Metropolitana de Lisboa, podendo abranger uma população de várias centenas de milhares de habitantes, com extensão a outras regiões do país em situações de maior complexidade clínica ⁵⁴.

Este período de EC, predominantemente observacional, permitiu o contacto com diferentes procedimentos ginecológicos diferenciados e a compreensão dos cuidados associadas a este contexto.

O contexto de exames especiais na área da Ginecologia integra-se numa unidade hospitalar diferenciada, vocacionada para o diagnóstico e tratamento de patologias do trato genital feminino, com recurso a técnicas e tecnologia especializada. Este serviço apresenta uma organização funcional estruturada, permitindo a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos em regime de ambulatório e bloco operatório, assegurando eficiência, segurança e qualidade dos cuidados ⁵⁴.

A nível estrutural, o serviço encontra-se organizado em diferentes áreas, nomeadamente salas de consulta para colposcopia, salas equipadas para realização de histeroscopias e um bloco de ginecologia destinado a procedimentos cirúrgicos de maior complexidade. Estes espaços estão dotados de equipamentos específicos, como colposcópios, sistemas de videohisteroscopia e dispositivos para realização de técnicas cirúrgicas invasivas, garantindo condições adequadas de assepsia, monitorização e conforto da utente.

A equipa é multidisciplinar, sendo constituída por médicos especialistas em ginecologia, enfermeiros incluindo EEESMO, técnicos auxiliares de saúde e técnicos especializados. A atuação da equipa caracteriza-se pela articulação contínua entre os diferentes profissionais, assegurando uma abordagem centrada na mulher e orientada para o diagnóstico precoce e para o tratamento eficaz das patologias ginecológicas.

No âmbito dos cuidados, destacam-se procedimentos como a colposcopia, utilizada para avaliação detalhada do colo do útero e diagnóstico de lesões; a histeroscopia, que permite a visualização da cavidade uterina e a realização de intervenções diagnósticas e terapêuticas; e os procedimentos realizados em bloco de ginecologia, incluindo cirurgias invasivas.

III.3.1 Diagnóstico de Situação

O EC realizado na área dos Exames Especiais em Ginecologia, permitiu a análise de um contexto de cuidados diferenciado, centrado no diagnóstico, vigilância e tratamento de patologia ginecológica, com recurso a técnicas invasivas e procedimentos cirúrgicos individualizados.

Através da observação sistematizada das atividades desenvolvidas, foi possível contatar com um elevado volume e diversidade de procedimentos, incluindo consultas de ginecologia, histeroscopias diagnósticas e terapêuticas, polipectomias, colposcopias, realização de biópsias cervicais, endometriais e vulvares, bem como tratamentos dirigidos a lesões cervicais e vulvares, como vaporização. Foi ainda possível observar intervenções no Bloco Operatório de Ginecologia, nomeadamente cirurgias como ressetoscopias e quistectomias, permitindo compreender a continuidade de cuidados entre contexto de consulta/exame e contexto cirúrgico.

Contudo, os procedimentos têm uma abordagem íntima e por vezes dolorosa, o que permitiu identificar áreas suscetíveis de melhoria, nomeadamente ao nível do

acompanhamento emocional e instrução da mulher. As realizações dos exames podem gerar ansiedade, medo e desconforto, sendo fundamental uma abordagem que integre não apenas a técnica, mas também o fator emocional e relacional do cuidado.

Verificou-se igualmente a importância da intervenção do EEESMO na preparação da mulher para os procedimentos, particularmente na instrução de informação concreta, individualizada e adequada ao nível da literacia em saúde, contribuindo para a gestão de expectativas, redução da ansiedade e promoção de uma experiência mais positiva. A comunicação assume, neste contexto, um papel central, influenciando diretamente a percepção da mulher sobre os cuidados recebidos.

Adicionalmente, foi possível reconhecer a necessidade de reforçar a humanização dos cuidados, assegurando o respeito pela privacidade, dignidade e individualidade da mulher. A criação de um ambiente seguro, empático e acolhedor constitui um elemento essencial na qualidade dos cuidados.

Assim, o diagnóstico de situação centrou-se na análise crítica das práticas observadas, permitindo identificar como principais áreas de desenvolvimento o: reforço do apoio emocional à mulher submetida a exames ginecológicos; educação para a saúde e preparação pré e pós-procedimento; valorização da comunicação terapêutica como elemento estruturante da prática clínica e promoção de cuidados humanizados, centrados na mulher e na sua experiência.

III.3.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto

Objetivo específico:

Participar ativamente no cuidado à mulher nos exames especiais de ginecologia.

Atividade:

Participação do cuidado à mulher.

Domínio de competências:

A concretização deste objetivo permitiu o desenvolvimento de competências no domínio das **competências comuns do enfermeiro especialista**, evidencia-se ainda o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (**A**), na competência que garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (**A2**), na unidade de competência **A2.1** ¹¹. Esta foi atingida na medida em que a observação deste contexto exigiu uma postura ética, com especial atenção ao respeito pela dignidade, privacidade e intimidade da mulher, frequentemente exposta a

procedimentos invasivos e potencialmente geradores de desconforto físico e emocional. Foi possível reconhecer a importância do consentimento informado, da confidencialidade e da comunicação empática como pilares fundamentais na prestação de cuidados. Adicionalmente, a observação das práticas da equipa permitiu identificar estratégias que promovem o respeito pelos direitos da mulher, nomeadamente a valorização da sua autonomia, o esclarecimento contínuo durante os procedimentos e a adaptação dos cuidados às suas necessidades individuais.

De acordo com o **regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica**, no âmbito das competências específicas, destaca-se ainda a relevância da **Competência 6** – cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica. Através da unidade de competência que promove a saúde ginecologia da mulher **(6.1)** ¹⁴. Apesar de se tratar de um EC de observação, foi possível compreender a importância dos exames especiais de ginecologia na deteção precoce, diagnóstico e monitorização de alterações ginecológicas, constituindo um contributo fundamental para a promoção da saúde e prevenção da doença. A observação dos cuidados prestados permitiu identificar a relevância da informação transmitida à mulher, da preparação para os procedimentos e do acompanhamento durante todo o processo, promovendo a sua segurança, conforto e adesão aos cuidados.

De acordo com o **regulamento dos cursos de mestrado em enfermagem, para obtenção do grau de mestre**, ao nível das competências de mestre, este contexto permitiu o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde **(a)**, esta foi atingida pela observação e análise crítica de práticas diferenciadas na área da ginecologia, possibilitando a integração de conhecimento científico atualizado e a compreensão das respostas humanas aos processos de saúde/doença ¹².

Contribuiu igualmente para promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recursos à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos **(b)**, esta foi desenvolvida através da identificação de áreas de melhoria, nomeadamente ao nível da humanização dos cuidados e da comunicação durante a realização dos exames. A observação do contexto permitiu reconhecer a importância da prática baseada na evidência e dos referenciais ético-deontológicos na

promoção de cuidados de qualidade, contribuindo para uma reflexão orientada para a melhoria contínua ¹².

Por fim, evidencia-se a competência que contribui para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada (c), esta foi evidenciada pelo desenvolvimento de uma postura reflexiva, crítica e proativa, sustentada na análise das práticas observadas ¹². A experiência permitiu valorizar o papel do EEESMO na articulação entre a prática técnica e relacional dos cuidados.

III.3.3. Ganhos em Saúde

Os Exames Especiais em Ginecologia, permitiu-me adquirir conhecimentos, desenvolver capacidade crítica e compreender os cuidados neste contexto diferenciado. A observação de diversos procedimentos ginecológicos, possibilitou-me a aquisição de conhecimentos técnico-científicos sobre as diferentes técnicas diagnósticas e terapêuticas, bem como sobre a sua indicação clínica e relevância no diagnóstico precoce de patologia ginecológica.

Apesar do carácter predominantemente observacional, foi possível identificar ganhos em saúde relevantes, sobretudo ao nível da qualidade dos cuidados e da experiência da mulher no contexto dos exames ginecológicos.

Destaca-se o contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados, através da compreensão de práticas diferenciadas e baseadas na evidência científica, particularmente no âmbito do diagnóstico precoce de patologias ginecológicas, como lesões cervicais e alterações endometriais. Este aspeto assume elevada relevância na prevenção da progressão de doença e na promoção da saúde da mulher. Adicionalmente, verificou-se a valorização da literacia em saúde, reconhecendo a importância da informação adequada e individualizada na preparação da mulher para os procedimentos, contribuindo para a redução da ansiedade e para uma maior adesão aos cuidados propostos.

Outro ganho relevante prende-se com a promoção de uma abordagem mais humanizada e centrada na mulher, evidenciando a importância do respeito pela dignidade, privacidade e individualidade durante a realização de exames ginecológicos, frequentemente associados a vulnerabilidade física e emocional.

Por fim, este contexto permitiu-me reconhecer o contributo do EEESMO na integração técnica e relacional dos cuidados, promovendo uma prestação de cuidados mais segura, eficaz e centrada na pessoa, traduzindo-se em ganhos em saúde ao nível da

experiência da mulher e dos resultados clínicos associados ao diagnóstico e tratamento precoce. Foi possível reconhecer o papel do EEESMO na promoção da qualidade dos cuidados, nomeadamente na humanização dos cuidados, no respeito pela dignidade e privacidade da mulher e na importância da informação transmitida, contribuindo para uma experiência mais positiva dos cuidados.

III.4. Internamento de Grávidas

O EC em contexto de Internamento de Grávidas, entre 28 de Abril a 3 de Junho de 2025, com uma carga horária total de 150 horas, numa unidade hospitalar diferenciada na área da saúde materna e obstétrica na zona de Lisboa e Vale do Tejo. Este serviço encontra-se vocacionado para a vigilância, diagnóstico e acompanhamento de situações de gravidez de risco, bem como para o internamento de mulheres em contexto de interrupção da gravidez e outras condições gineco-obstétricas ⁵⁵.

A organização dos cuidados assenta num regime de funcionamento contínuo, assegurando cuidados 24 horas por dia, com turnos de manhã, tarde e noite, garantindo a continuidade dos cuidados. O método de trabalho de enfermagem é individual, permitindo a responsabilidade do enfermeiro pela prestação de cuidados integrais à mulher, promovendo uma abordagem personalizada, contínua e centrada nas necessidades da grávida.

O serviço apresenta uma organização estrutural e funcional, distribuída por diferentes áreas de cuidados nomeadamente internamento de grávidas, ginecologia e senologia, podendo ainda integrar mulheres de outras especialidades, de acordo com a gestão institucional de camas. A capacidade do internamento é de 26 camas, distribuídas por 10 quartos, organizadas de forma a responder às necessidades específicas de cada área clínica, incluindo zonas destinadas à vigilância materno-fetal e à interrupção da gravidez.

Em termos de estrutura física, o serviço dispõe de diversas áreas funcionais, incluindo uma sala polivalente destinada à realização de ecografias, observação clínica e procedimentos de enfermagem; sala de trabalho de enfermagem; gabinetes médicos; gabinete da enfermeira gestora; espaços de apoio à equipa multidisciplinar; áreas de armazenamento de material clínico; copa; instalações sanitárias diferenciadas para mulheres e profissionais; e um espaço de acolhimento que funciona como sala de espera.

Destaca-se ainda a existência de uma Sala de Experiências Positivas que contribui para o aumento da satisfação materna, melhor controlo da dor e otimização da evolução

do TP, permitindo a implementação de diversas intervenções promotoras do bem-estar da parturiente ⁵⁶.

O circuito de cuidados das mulheres é diversificado, sendo as grávidas maioritariamente provenientes do serviço de urgência obstétrica e ginecológica, de consultas especializadas (materno-fetal, peri-parto, entre outras) ou diretamente do domicílio, nomeadamente em situações programadas, como interrupções terapêuticas da gravidez e indução do TP. Este fluxo exige uma articulação contínua entre diferentes níveis de cuidados, garantindo a continuidade e segurança na prestação dos mesmos.

A equipa é multidisciplinar, integrando enfermeiros maioritariamente EEESMO, médicos das áreas de obstetrícia, ginecologia e senologia, técnicos auxiliares de saúde e secretários clínicos, bem como outros profissionais, como psicólogo, psiquiatra, assistente social e dietista.

Relativamente à tipologia de cuidados, o serviço centra-se sobretudo na vigilância de gravidez de risco e na interrupção terapêutica da gravidez, abrangendo um conjunto alargado de grávidas com patologias maternas-fetais, tais como pré-eclâmpsia, síndrome de HELLP, diabetes gestacional, hipertensão arterial, ameaça de parto pré-termo, hemorragias do segundo e terceiro trimestre, restrição do crescimento fetal, entre outras. São igualmente acompanhadas situações de grávidas com perda gestacional, incluindo interrupções médicas da gravidez por malformações fetais, abortos retidos ou sépticos e morte fetal, exigindo uma abordagem clínica e emocional altamente diferenciada.

III.4.1 Diagnóstico de Situação

O EC desenvolvido no serviço de Internamento de Grávidas, permitiu a análise de um contexto diferenciado, centrado na vigilância de gravidez de risco e no acompanhamento de grávidas em situações clínicas complexas. No âmbito deste contexto e tendo como foco a temática da mobilidade e liberdade de movimentos da mulher no TP, foi aplicado um roteiro informal (**Apêndice XVII - Roteiro informal**), através de conversas presenciais, com respostas abertas (garantindo sempre o anonimato das participantes), permitindo a recolha de informação quantitativa e qualitativa, baseada nas perceções, experiências e expectativas das participantes relativamente à temática. Para a realização do diagnóstico de situação, foram recolhidas 10 respostas dirigido às grávidas (**Apêndice XVIII - Respostas roteiro informal**). A análise das respostas obtidas junto

das grávidas evidenciou conclusões que permitiram identificar as áreas de intervenção a melhorar.

Verificou-se que 80% (n=8) das grávidas apresentam mobilidade reduzida durante o internamento, permanecendo maioritariamente no leito, enquanto apenas 20% (n= 2) referiram alguma mobilidade, ainda que condicionada. Este resultado evidencia uma limitação significativa da autonomia da mulher neste contexto, sugerindo que o ambiente hospitalar e a ausência de incentivo contribuem para a adoção de comportamentos mais passivos.

Observou-se que 80% (n=8) das grávidas referiram não ter sido incentivadas, sendo que apenas 20% (n= 2) relataram incentivo por parte dos profissionais de saúde. Estes dados evidenciam uma lacuna na intervenção dos profissionais de saúde, particularmente no que se refere à promoção ativa da mobilidade. A ausência de incentivo pode reforçar a perceção de que o repouso é a conduta mais adequada, limitando a autonomia da mulher.

Constatou-se que 70% (n=7) das grávidas não receberam qualquer informação sobre os benefícios da mobilidade durante o TP, enquanto apenas 30% (n=3) referiram ter tido contacto com esta informação, maioritariamente fora do contexto hospitalar. Este resultado revela um défice ao nível da educação para a saúde, comprometendo a capacidade da mulher para tomar decisões informadas e assumir um papel ativo no seu TP.

Relativamente às barreiras identificadas, destacou-se que 50% (n=5) das grávidas referiram a monitorização intermitente por CTG como principal fator limitador, de seguida 20% (n=2) identificaram o medo e a insegurança e 20% (n=2) referiram a ausência de orientação por parte dos profissionais de saúde. Adicionalmente, 10% (n=1) referiram a ausência do acompanhante como fator limitador. Estes dados demonstram que as barreiras à mobilidade são multifatoriais, envolvendo dimensões físicas, emocionais, organizacionais e relacionais.

Verificou-se que 70% (n=7) das grávidas apresentaram sentimentos de ansiedade e medo durante o internamento, enquanto 30% (n=3) referiram estar relativamente tranquilas, embora com alguma insegurança. Estes resultados evidenciam a vulnerabilidade emocional das mulheres neste contexto, sendo este um fator determinante na sua capacidade de mobilização e participação ativa no TP.

Observou-se que 60% (n=6) das grávidas não utilizaram os recursos disponíveis no serviço, como bolas de parto ou espaços adequados à mobilidade, sendo que apenas

40% (n=4) referiram a sua utilização. Este resultado sugere falta de informação, orientação e incentivo por parte dos profissionais de saúde, relativamente aos recursos potencialmente facilitadores na gravidez/TP

Assim, o diagnóstico de situação evidenciou como principais áreas problemáticas: défice de educação para a saúde relativamente à mobilidade no TP; ausência de incentivo à mobilidade por parte dos profissionais de saúde; existência de barreiras físicas, organizacionais e socioculturais institucionais que condicionam a mobilidade e a necessidade de reforço da comunicação e do apoio emocional.

III.4.2 Desenvolvimento do Plano de Projeto

Os objetivos e atividades definidos para o EC no Internamento de Grávidas foram alcançados na sua totalidade.

Objetivo específico: Identificar fatores que limitam a mobilidade e liberdade de movimentos das grávidas internadas.

Atividade: Realização de um roteiro informal acerca dos fatores que limitam a mobilidade e liberdade de movimentos das grávidas internadas; Análise das notas de campo detalhada sobre a temática.

Domínio de competências:

A concretização deste objetivo permitiu o desenvolvimento das **competências comuns do enfermeiro especialista**, atingindo o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (**A**), através da competência que garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (**A2**), incluindo as unidades de competências **A2.1** e **A2.2**¹¹. Estas competências foram adquiridas ao garantir que todo o processo de recolha de dados fosse realizado com respeito pelos princípios éticos, assegurando o anonimato, a confidencialidade e o consentimento das participantes. Adicionalmente, a valorização das perceções e experiências das grávidas permitiu promover os seus direitos, nomeadamente o direito à informação, à autonomia e à participação ativa nos cuidados.

Destaca-se o domínio da competência da melhoria continua da qualidade (**B**); através da competência que desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua (**B2**), incluindo a unidade de competência **B2.2**. Foi adquirida a competência que garante um ambiente terapêutico e seguro (**B3**), através da

unidade de competência **B3.1**¹¹. Este domínio foi desenvolvido através da identificação de fatores que limitam a mobilidade de movimentos das grávidas internadas, permitindo reconhecer as áreas a melhorar e as necessidades de intervenção no contexto clínico. A utilização do roteiro informal como instrumento de recolha de dados e a análise sistematizada dos resultados enquadram-se, ao contribuir para a avaliação das práticas e para a definição de estratégias facilitadoras de melhoria.

Por fim, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (**D**), através da competência que baseia os cuidados clínicos especializados em evidência científica (**D2**), adquirindo as unidades de competência **D2.1; D2.2; D2.3**¹¹. A elaboração do roteiro e a análise das respostas implicaram a pesquisa e integração de evidência científica atualizada sobre a temática, bem como a reflexão crítica sobre a prática observada.

De acordo com o **regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica**, no âmbito das competências específicas, destaca-se a **Competência 2** - cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, incluindo as unidades de competência **2.1**, através dos critérios de avaliação **2.1.1; 2.1.7; 2.1.8; 2.1.10**; a unidade de competência **2.2**, através do critério de avaliação **2.2.8**; a unidade de competência **2.3**, através do critério de avaliação **2.3.1**¹⁴. Esta competência foi adquirida na medida em que a atividade possibilitou identificar necessidades de conhecimento e fatores que condicionam a mobilidade durante o internamento; permitiu reconhecer fatores limitadores da mobilidade, como barreiras físicas, emocionais e organizacionais, que podem comprometer a evolução fisiológica do TP e permitiu a compreensão das perceções, experiências e expectativas das grávidas, possibilitando adequar os cuidados às suas necessidades individuais.

Destaca-se a **Competência 3** - cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, incluindo as unidades de competência **3.1**, através dos critérios de avaliação **3.1.3; 3.1.6**; a unidades de competência **3.2**, através do critério de avaliação **3.2.5**¹⁴. Esta competência foi adquirida na medida em que a atividade possibilitou identificar fatores que influenciaram a mobilidade e liberdade de movimentos durante o TP, nomeadamente barreiras físicas, emocionais e organizacionais; permitiu reconhecer a importância da promoção de práticas que potenciem a participação ativa da mulher, nomeadamente através da mobilidade, escolha de posições e envolvimento no TP. A identificação de lacunas ao nível da informação e do incentivo por parte dos profissionais reforça a

necessidade de intervenções que promovam a autonomia e o empoderamento da mulher durante o TP.

De acordo com o **regulamento dos cursos de mestrado em enfermagem, para obtenção do grau de mestre**, ao nível das competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde **(a)** ¹². Esta foi atingida através da utilização de metodologias de recolha de dados quantitativos e qualitativos que implicaram a construção do instrumento, a recolha de informação junto das grávidas e a sua análise crítica e sistematizada.

Contribuiu igualmente para promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recursos à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos **(b)** ¹². Esta foi desenvolvida ao permitir identificar áreas prioritárias para a melhoria da qualidade dos cuidados, nomeadamente ao nível da promoção da mobilidade, da comunicação e da humanização dos cuidados às grávidas e parturientes.

Por fim, evidencia-se a a competência que contribui para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada **(c)** ¹². Esta foi evidenciada pelo desenvolvimento de uma investigação, crítica e reflexiva, sustentada na análise de um problema real do contexto clínico.

Objetivo específico: Implementar estratégias para promover a mobilidade e liberdade de movimentos na mulher em TP.

Atividade: Elaboração de um cartaz informativo sobre a mobilidade e liberdade de movimentos na mulher em TP; Utilização do cartaz como meio pedagógico (**Apêndice XIX - Cartaz informativo**).

Domínio de competências:

A concretização deste objetivo permitiu o desenvolvimento das **competências comuns do enfermeiro especialista**, relativamente ao domínio da melhoria contínua de qualidade **(B)**, através da competência que desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua **(B2)**, incluindo as unidades de competências **B2.2**; da competência que garante um ambiente terapêutico e seguro **(B3)**, incluindo as unidades de competências **B3.1** ¹¹. Este domínio foi adquirido através da implementação de uma estratégia educativa estruturada, orientada para colmatar necessidades identificadas no contexto clínico. A elaboração do cartaz, sustentado em

evidência científica e a sua utilização como meio pedagógico contribuíram para a melhoria dos cuidados ao promover a uniformização da informação transmitida e incentivar comportamentos facilitadores da mobilidade durante o TP. Paralelamente, ao sensibilizar as grávidas para a adoção de posições e movimentos seguros e benéficos, a intervenção contribuiu para a promoção de um ambiente terapêutico e seguro, favorecendo o conforto, a autonomia e a evolução fisiológica do TP.

Foi desenvolvido também o domínio da gestão dos cuidados (C), incluindo a competência que adapta a liderança e a gestão de recursos as situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados, através da unidade de competência **C2.1**, incluindo os critérios de avaliação **C2.1.4; C2.1.5**; através da unidade de competência **C2.2**; da unidade de competência **C2.2.2; C2.2.3; C2.2.5** ¹¹. Este domínio foi adquirido através da capacidade de adaptar estratégias ao contexto e às necessidades das grávidas. A conceção do cartaz informativo implicou a organização de recursos educativos adequados, acessíveis e adequados ao ambiente clínico, demonstrando a capacidade de gestão e adaptação de recursos. A sua implementação no serviço evidenciou ainda a capacidade de dinamizar práticas que promovem a qualidade dos cuidados, influenciando positivamente o comportamento das grávidas e contribuindo para a melhoria dos cuidados.

Por fim, o domínio adquirido foi o de basear a prática clínica especializada em evidência científica (**D2**), através das unidades de competências **D2.2 e D2.2** ¹¹. Este domínio foi adquirido através da elaboração do cartaz informativo através da evidência científica atualizada, garantindo a qualidade e pertinência dos conteúdos apresentados. A utilização do cartaz informativo como ferramenta pedagógica permitiu ainda a partilha do conhecimento junto das grávidas e dos profissionais de saúde.

De acordo com o **regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica**, destaca-se a **Competência 2** - cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, através da unidade de competência **2.1**, incluindo os critérios de avaliação **2.1.1; 2.1.5; 2.1.6; 2.1.8; 2.1.10**; através da unidade de competência **2.2**; incluindo o critério de avaliação **2.2.8**; através da unidade de competência **2.3**; incluindo o critério de avaliação **2.3.1** ¹⁴. Esta competência foi adquirida na medida em que o cartaz informativo constituiu um recurso educativo que promoveu a literacia em saúde e a capacitação das grávidas para a adoção de comportamentos benéficos durante o TP.

Por fim, destaca-se a **Competência 3** - cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, através da unidade de competência **3.1**, incluindo os critérios de avaliação **3.1.2; 3.1.3; 3.1.4; 3.1.6**; através da unidade de competência **3.2**; incluindo o critério de avaliação **3.2.5** ¹⁴. Esta competência foi igualmente adquirida, uma vez que o cartaz informativo funcionou como suporte à implementação de práticas que favorecem a mobilidade e a liberdade de movimentos. A atividade contribuiu para a promoção de intervenções que favorecem o conforto, a segurança e a progressão do TP.

De acordo com o **regulamento dos cursos de mestrado em enfermagem, para obtenção do grau de mestre**, ao nível das competências de mestre, esta atividade permitiu o desenvolvimento das competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde **(a)**, através da conceção e implementação de uma intervenção educativa sustentada em evidência científica, demonstrando capacidade de integrar conhecimento teórico na prática clínica ¹².

Contribuiu igualmente para a promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recursos à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos **(b)**, ao promover a melhoria da qualidade dos cuidados, através da implementação de uma estratégia dirigida à resolução de um problema identificado, a falta de informação e incentivo à mobilidade, com impacto potencial nos resultados em saúde ¹².

Por fim, evidencia-se a competência que contribui para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada **(c)**, ao desenvolver uma abordagem crítica e reflexiva sobre a prática, nomeadamente na avaliação da adequação do recurso pedagógico e na identificação da necessidade de estratégias contínuas de educação para a saúde ¹².

III.4.3. Ganhos em Saúde

A implementação de estratégias educativas dirigidas à promoção da mobilidade e liberdade de movimentos na grávida/parturiente, nomeadamente através da utilização de um cartaz informativo, traduziu-se em ganhos em saúde relevantes, sobretudo ao nível da capacitação da mulher, da qualidade dos cuidados e da promoção de práticas baseadas na evidência.

Destaca-se o aumento da literacia em saúde das grávidas/parturientes, permitindo uma melhor compreensão dos benefícios da mobilidade, o que contribui para a adoção de comportamentos mais informados e conscientes. Este ganho assume particular relevância na promoção da autonomia e da participação ativa da mulher.

Outro ganho relevante prende-se com a melhoria da experiência da mulher durante o internamento e potencial TP, através da redução da ansiedade e insegurança associadas à falta de informação, promovendo uma vivência mais positiva, tranquila e centrada nas suas necessidades.

Ao nível dos ganhos em saúde materna, a promoção da mobilidade contribui para a adoção de práticas facilitadoras de um parto fisiológico, estando associada, na evidência científica, a benefícios como a facilitação da progressão do TP, melhoria do conforto materno e possível redução da necessidade de intervenções.

A utilização de dispositivos facilitadores constitui uma estratégia relevante para promover a mobilidade da bacia e, consequentemente, favorecer a progressão do TP. Estes recursos contribuem para a descida e rotação da apresentação fetal, enquanto aumentam o conforto materno e facilitam a adoção de posições promotoras da fisiologia do parto ¹. O apoio do parceiro ou de outros acompanhantes, pode facilitar a mobilidade, permitindo à mulher sentar-se, permanecer de pé, deitar-se ou movimentar-se de acordo com o que sentir ser mais adequado em cada momento do TP ³³.

A bola de parto promove simultaneamente a verticalidade e a mobilidade durante o TP, proporcionando conforto, alívio da dor e da tensão muscular, aumento da mobilidade pélvica, o estímulo da contratilidade uterina, a facilitação da descida fetal e a melhoria do conforto materno ^{1 15}.

O EEESMO, ao desenvolver cuidados centrados na grávida/parturiente, contribui para o seu empoderamento, valorizando o seu papel ativo no TP e promove uma experiência mais fisiológica e humanizada. Esta abordagem assenta numa relação empática, no respeito e no compromisso entre o EEESMO, a mulher e a sua família, permitindo a integração das suas vivências e expectativas no processo de cuidados ⁵⁷.

III.5. Puerpério

O EC no serviço de Puerpério de uma unidade hospitalar, entre 5 de Junho a 16 de Julho de 2025, na zona de Lisboa e Vale do Tejo, com uma carga horária total de 150 horas. O contexto clínico em questão foi realizado numa área da saúde materna e obstétrica, vocacionada para o acompanhamento da mulher no período pós-parto e do RN.

Relativamente à organização funcional do serviço, este opera em regime de continuidade de cuidados, assegurado por turnos (manhã, tarde e noite), garantindo acompanhamento permanente. O método de trabalho de enfermagem é individual, permitindo a responsabilidade integral do enfermeiro pela prestação de cuidados à puérpera e ao RN, promovendo uma abordagem individualizada, contínua e centrada nas necessidades da família.

O serviço apresenta uma organização estrutural orientada para a prestação de cuidados no período pós-parto imediato e tardio, garantindo a vigilância clínica da puérpera, a adaptação à parentalidade e a promoção da saúde do RN. A sua estrutura física integra quartos individuais ou partilhados, permitindo o alojamento conjunto da mãe e do RN, favorecendo o vínculo precoce e a promoção do aleitamento materno ⁵⁸.

O serviço dispõe de diversas áreas de apoio, nomeadamente salas de trabalho de enfermagem, gabinetes médicos, berçário e áreas de armazenamento de material clínico. A equipa é multidisciplinar, sendo constituída por enfermeiros incluindo EEESMO, médicos (obstetras e pediatras/neonatalogistas), técnicos auxiliares de saúde e secretários clínicos. Integram ainda a equipa outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, permitindo uma abordagem holística e integrada dos cuidados.

No âmbito da prestação de cuidados, o serviço assegura: avaliação do estado geral da puérpera; monitorização e avaliação do RN; promoção, apoio e supervisão do aleitamento materno; educação para a saúde, incluindo cuidados ao RN, autocuidado da puérpera, sinais de alerta e adaptação à parentalidade; promoção do vínculo materno/RN e da parentalidade positiva, preparação para a alta, garantindo continuidade de cuidados.

As puérperas internadas são maioritariamente provenientes do bloco de partos, podendo incluir situações de maior complexidade clínica, como complicações no pós-parto, dificuldades na amamentação ou necessidade de vigilância acrescida da puérpera/RN. Este contexto caracteriza-se por uma forte componente educativa, relacional e de apoio emocional, sendo determinante para a transição saudável para a parentalidade e para a promoção de ganhos em saúde a curto e longo prazo.

III.5.1 Diagnóstico de Situação

No serviço de Puerpério tendo como foco a temática da mobilidade e liberdade de movimentos durante o TP, foi realizado um roteiro informal com recolha de notas de

campo a 12 puérperas (**Apêndice XX - Recolha de notas de campo da aplicação do roteiro informal**), garantindo o anonimato das participantes, a fim de conhecer de forma retrospectiva a vivência do TP. A análise dos resultados foi realizada de forma quantitativa e qualitativa (**Apêndice XXI - Resultados das notas de campo da aplicação do roteiro informal**).

Verificou-se que aproximadamente 75% (n=9) das puérperas referiram ter experienciado a mobilidade e liberdade de movimentos, enquanto 25% (n=3) referiu limitações neste âmbito. Estes dados sugerem uma evolução positiva na promoção da mobilidade materna em contexto hospitalar.

Relativamente à intervenção da equipa de saúde, cerca de 67% (n=8) das puérperas referiram ter recebido incentivo para a mobilidade, através da orientação para posições alternativas às posições horizontais, enquanto 33% (n=4) não identificaram esse incentivo. Estes dados sugerem uma evolução positiva na promoção da mobilidade materna em contexto hospitalar por parte dos profissionais de saúde.

Relativamente às posições ou movimentos que relataram terem utilizado mais durante o TP, 75% (n=9) referiram a deambulação, exercícios na bola e posição de cócoras (mencionando que se sentiram confortáveis e seguras nas posições e movimentos que adotaram), as restantes parturientes ficaram mais restritas ao leito 25% (n=3).

No que concerne aos fatores limitadores da mobilidade, destacaram-se como principais constrangimentos: a monitorização contínua por CTG, referida por cerca de 50% (n=6) das puérperas; orientações para repouso 10% (n=1); sentimentos de medo e insegurança 30% (n=4) e limitações associadas ao ambiente físico 10% (n=1).

Ao nível da experiência emocional, verificou-se que a maioria das mulheres 75% (n=9) relatou sentimentos de conforto, controlo e segurança durante o TP, frequentemente associados à mobilização e participação ativa. Por outro lado, uma menor proporção 25% (n=3) descreveu sentimentos de ansiedade e insegurança, sobretudo relacionados com a falta de informação ou apoio. Estes dados reforçaram a influência positiva da mobilidade na vivência emocional do TP.

Relativamente à autonomia, observou-se que 67% (n=8) das puérperas referiram ter tido participação ativa e autonomia na tomada de decisão, enquanto 33% (n=4) sentiram limitações neste domínio. Ainda assim, algumas mulheres 33% (n=4) referiram que teriam beneficiado de maior informação e apoio, o que poderia ter potenciado ainda mais a sua capacidade de decisão e envolvimento no processo.

Deste modo, o diagnóstico de situação permitiu identificar como principais áreas críticas a persistência de algumas barreiras físicas e organizacionais, bem como necessidades ao nível da educação para a saúde e capacitação da parturiente. Apesar disso, os resultados evidenciam uma tendência favorável à promoção da mobilidade e da liberdade de movimentos, refletindo práticas tendencialmente mais alinhadas com a evidência científica.

A análise da prática clínica e das interações com as puérperas permitiu-me identificar a falta de conhecimentos relativamente à importância da reeducação do pavimento pélvico e dos exercícios promotores da recuperação física pós-parto, nomeadamente os exercícios de *Kegel* e as básculas pélvicas. Verifiquei que muitas mulheres apresentavam baixa literacia em saúde nesta área, associada à ausência de informação e à falta de recursos educativos acessíveis que facilitassem a compreensão e continuidade dos cuidados após a alta. Neste sentido, emergiu a necessidade de desenvolver uma intervenção educativa que promovesse o empoderamento da puérpera, reforçando a importância da mobilidade, do autocuidado e da participação ativa na sua recuperação. As criações de recursos pedagógicos acessíveis surgem, assim, como resposta a este diagnóstico, permitindo não só colmatar lacunas de conhecimento, mas também estabelecer uma continuidade conceptual entre a mobilidade no TP e a recuperação no puerpério, numa perspetiva integrada e centrada na mulher.

III.5.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto

Os objetivos e atividades definidos para o contexto de estágio no serviço de puerpério foram atingidos na sua totalidade ao longo do período de desenvolvimento do EC.

Objetivo específico: Recolher informação através de um questionário informal acerca da experiência vivida sobre as posições e movimentos utilizados durante o TP.

Atividade: Realização de um questionário informal às puérperas sobre as experiências vividas; análise dos resultados às puérperas sobre as experiências vividas.

Domínio de competências:

A concretização deste objetivo permitiu o desenvolvimento de competências no domínio das **competências comuns do enfermeiro especialista**, destacando-se o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (**A**), adquirindo a competência que

garante as práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (**A2**), através de unidades de competências **A2.1**¹¹. Esta competência foi adquirida ao assegurar que todo o processo de recolha de informação respeitasse os princípios éticos fundamentais, designadamente o anonimato, a confidencialidade e o consentimento das participantes.

Destaca-se o domínio da melhoria continua de qualidade (**B**), que engloba o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua (**B2**), incluindo a unidade de competência **B2.2**; garante um ambiente terapêutico e seguro, incluindo unidade de competência **B3.1**¹¹. Este domínio foi desenvolvido através da identificação de aspetos relevantes da experiência das puérperas relativamente às posições e movimentos que realizaram ao longo do TP. A análise sistematizada dos dados recolhidos permitiu avaliar práticas presentes, identificar lacunas e fundamentar a necessidade de intervenções de melhoria. Paralelamente, ao evidenciar fatores que influenciam o conforto, a perceção de segurança e a vivência das mulheres no TP, a atividade contribuiu para a compreensão de elementos essenciais à promoção de um ambiente terapêutico e seguro.

Por fim, está incluído o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (**D**), na qual se engloba a competência que baseia a práxis clínica especializada em evidência científica (**D2**), incluindo as unidades de competência **D2.2** e **D2.2**¹¹. Este domínio foi adquirido através da utilização de evidência científica para sustentar a construção do questionário e a interpretação dos resultados, bem como pela capacidade de refletir criticamente sobre a prática e orientar intervenções futuras com base nos dados obtidos.

De acordo com o **regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica**, No âmbito das competências específicas, destaca-se a **Competência 2 – cuida a mulher inserida na família e comunidade durante da mulher durante o período pré-natal**, incluindo a unidade de competência **2.1**; que engloba os critérios de avaliação **2.1.1; 2.1.5; 2.1.6; 2.1.8; 2.1.10**; incluindo a unidade de competência **2.2**, que engloba os critérios de avaliação **2.2.2; 2.2.8**¹⁴. Apesar desta atividade ter sido desenvolvida no contexto do puerpério, a informação recolhida revelou-se fundamental para a reorientação dos cuidados no período pré-natal e durante o TP, uma vez que permitiu identificar perceções, dificuldades e fatores que influenciam a mobilidade da parturiente. Neste sentido, a experiência das puérperas constituiu uma fonte privilegiada de conhecimento para a melhoria das

intervenções educativas e de cuidados. Assim, evidencia-se a capacidade de transferir conhecimento entre diferentes contextos de cuidados, valorizando a continuidade dos cuidados e reforçando o contributo do EEESMO na antecipação de necessidades e na implementação de intervenções mais eficazes e adequadas à realidade das mulheres.

De acordo com o **regulamento dos cursos de mestrado em enfermagem, para obtenção do grau de mestre**, ao nível das competências de mestre, esta atividade permitiu o desenvolvimento das competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde **(a)**, através da aplicação de uma metodologia de recolha de dados quantitativos e qualitativos da análise crítica da informação obtida, sustentada em conhecimento científico. Contribuiu igualmente para promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recursos à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos **(b)**, ao permitir identificar áreas prioritárias para a melhoria da qualidade dos cuidados no pré-natal e TP, nomeadamente ao nível da promoção da mobilidade, da comunicação e da humanização do parto. Por fim, evidencia-se a competência que contribui para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada **(c)**, através do desenvolvimento de uma postura crítica e reflexiva, orientada para a transformação da prática clínica, com base na análise de experiências reais das puérperas e na identificação de problemas concretos.

Objetivo específico: Sensibilizar as puérperas acerca dos exercícios *Kegel* e das básculas.

Atividade: Elaboração de um marcador de livro, com logotipo e *QR code* com vídeo informativo sobre os exercícios *kegel* e básculas **(Apêndice XXII - Marcador de Livro)**; **(Apêndice XXIII - Vídeo informativo)**; **(Apêndice XXIV - Guia informativo)**.

Domínio de competências:

A concretização deste objetivo permitiu o desenvolvimento das **competências comuns do enfermeiro especialista**, relativamente ao domínio da melhoria contínua de qualidade **(B)**, na competência que desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua **(B2)**, tendo como unidade de competência adquiridas **B2.2**; e a competência que garante um ambiente terapêutico e seguro, incluindo a unidade de competência **B3.1** ¹¹. Estas competências foram adquiridas

através da criação de um recurso educativo estruturado, inovador e acessível, orientado para colmatar necessidades identificadas nas puérperas ao nível da literacia em saúde. Paralelamente, ao sensibilizar as puérperas para a realização de exercícios que favorecem a recuperação física, a intervenção contribuiu para a promoção de um ambiente terapêutico e seguro.

Está incluído também o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais **(D)**, incluindo a competência que baseia a práxis clínica especializada em evidência científica, incluindo a unidade de competência **D2.1** e **D2.2** ¹¹. Esta competência foi desenvolvida uma vez que a construção dos conteúdos implicou a pesquisa, seleção e integração de evidência científica atualizada sobre a reeducação do pavimento pélvico e recuperação pós-parto.

De acordo com o **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**, destaca-se ainda a **Competência 4** – cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, incluindo a unidade de competência **4.1**, através dos critérios de avaliação **4.1.1; 4.1.5**; incluindo a unidade de competência **4.2**, através dos critérios de avaliação **4.2.3; 4.2.4; 4.2.5**; incluindo a unidade de competência **4.3**; através dos critérios de avaliação **4.3.2; 4.3.4** ¹⁴. Esta competência foi atingida ao promover a recuperação física, incentivar o autocuidado e a autonomia e apoiar a adaptação da puérpera ao pós-parto, através da sensibilização para a importância dos exercícios de *Kegel* e básculas. A disponibilização de informação acessível e contínua contribuiu para a capacitação da mulher, favorecendo uma recuperação mais segura, consciente e positiva.

De acordo com o **Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem, para obtenção do grau de mestre**, ao nível das competências de mestre, esta atividade permitiu o desenvolvimento das competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde **(a)**, através da conceção e implementação de uma intervenção educativa baseada na evidência científica, integrando conhecimento técnico, pedagógico e tecnológico. Contribuiu igualmente para a promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recursos à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos **(b)**, ao promover a melhoria da qualidade dos cuidados, através da implementação de uma estratégia inovadora que facilita a

continuidade dos cuidados após a alta, reforçando a educação para a saúde no puerpério¹².

Por fim, evidencia-se a competência que contribui para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada (c), através do desenvolvimento de uma abordagem crítica e reflexiva, nomeadamente na identificação de necessidades da realidade das puérperas e na criação de soluções adaptadas, inovadoras e sustentáveis, orientadas para a melhoria da prática clínica¹².

III.5.3. Ganhos em Saúde

O desenvolvimento do EC no serviço de puerpério permitiu alcançar ganhos em saúde significativos, sobretudo ao nível da capacitação da mulher, da promoção do autocuidado e da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A OMS conceptualiza a educação para a saúde como um processo educativo que integra diferentes formas de aprendizagem, orientado para capacitar indivíduos e comunidades a melhorar o seu estado de saúde, promovendo o aumento da literacia em saúde e o desenvolvimento de competências pessoais e sociais. Esta perspetiva encontra-se alinhada com o conceito de Promoção da Saúde consagrado na Carta de *Ottawa*, entendida como um processo que permite reforçar a capacidade das pessoas e das comunidades para assumirem um maior controlo sobre a sua saúde, com vista à sua melhoria contínua. Neste contexto, torna-se fundamental que os profissionais de saúde integrem a educação, a partilha de informação e a capacitação como componentes transversais de cada momento de contacto com a mulher/família, promovendo decisões informadas e uma participação ativa nos cuidados de saúde^{48, 59}.

Durante a transição para a parentalidade, a puérpera pode experienciar níveis significativos de stress, recorrendo a diferentes estratégias de *coping*, bem como à procura de apoio social e profissional. Neste contexto, o EEESMO assume um papel fundamental no suporte à mulher, contribuindo para a sua adaptação e bem-estar⁵⁷.

Destaca-se o aumento da literacia em saúde das puérperas, particularmente no que se refere à importância da mobilidade e à realização de exercícios de reabilitação no período pós-parto, como os exercícios de *Kegel* e básculas. Este ganho contribui para uma melhor compreensão do processo de recuperação física e para a adoção de comportamentos promotores de saúde.

Destaca-se ainda a promoção da continuidade dos cuidados após a alta, através da utilização de recursos educativos inovadores, permitindo às puérperas manter o acesso à informação e reforçar os cuidados em contexto domiciliário.

III.6. Bloco de Partos

O EC decorreu no contexto da Urgência Obstétrica e Bloco de Partos de uma unidade hospitalar diferenciada na zona de Lisboa e Vale do Tejo, entre 19 de setembro de 2025 e 10 de fevereiro de 2026, com uma carga horária total de 520 horas.

Trata-se de uma unidade com elevado grau de diferenciação técnico-científica, reconhecida pela qualidade dos cuidados prestados na área materno-infantil, incluindo certificação como Hospital Amigo dos Bebés e acreditação contínua por entidades de avaliação da qualidade em saúde ⁶⁰.

O serviço de Urgência Obstétrica e Bloco de Partos apresenta uma organização funcional que assegura a prestação de cuidados em situações de urgência, vigilância do TP, parto e período pós-parto imediato, garantindo a continuidade de cuidados à mulher e ao RN. A Urgência Obstétrica constitui a porta de entrada das grávidas, permitindo a triagem, avaliação clínica e encaminhamento adequado, enquanto o Bloco de Partos se destina à monitorização do TP, realização do parto e prestação de cuidados especializados no período perinatal ⁶⁰.

Em termos estruturais, a Urgência Obstétrica dispõe de uma sala de triagem e tratamentos, sala de CTG, gabinetes de observação, uma sala de observação com capacidade para internamento de curta duração e um bloco operatório destinado a procedimentos de menor complexidade. O Bloco de Partos é constituído por salas de parto individuais, garantindo privacidade e conforto à parturiente, bem como por um recobro, blocos operatórios para intervenções obstétricas, berçário equipado para prestação de cuidados ao RN, incluindo situações que exijam reanimação neonatal, e instalações sanitárias adequadas. Destaca-se ainda a existência de um sistema central de monitorização CTG, permitindo a vigilância contínua e simultânea das grávidas internadas.

A equipa de enfermagem é maioritariamente constituída por EEESMO, organizados em equipas funcionais que asseguram a continuidade dos cuidados ao longo dos diferentes turnos. Integram também a equipa enfermeiros generalistas e técnicos auxiliares de saúde, promovendo uma abordagem colaborativa e articulada. A equipa

médica é composta por especialistas em ginecologia e obstetrícia e médicos internos da especialidade, sendo responsável pela vigilância clínica e intervenção em situações de maior complexidade.

Importa salientar que a gestão de recursos humanos, particularmente ao nível médico, constitui um desafio neste contexto, podendo condicionar a operacionalidade do serviço e, pontualmente, a disponibilidade do bloco de partos. Esta realidade reforça a importância da atuação autónoma e diferenciada do EEESMO, nomeadamente na vigilância do TP de baixo risco e na promoção de práticas seguras e baseadas na evidência.

O serviço desenvolve iniciativas de promoção da qualidade e humanização dos cuidados, como a consulta de plano de parto, consoante as preferências da mulher no parto, bem como a participação em projetos institucionais orientados para a melhoria contínua dos cuidados materno-infantis ⁶⁰.

Este contexto caracteriza-se por uma elevada qualidade técnica, científica e relacional, exigindo das profissionais competências diferenciadas na prestação de cuidados à mulher em TP, promovendo simultaneamente a segurança, a fisiologia do parto e o respeito pela autonomia da mulher.

III.6.1 Diagnóstico de Situação

O contexto do Bloco de Partos e Urgência Obstétrica caracteriza-se por uma elevada complexidade de cuidados, onde coexistem práticas baseadas na evidência científica com rotinas institucionais e constrangimentos organizacionais que podem influenciar a promoção da mobilidade e liberdade de movimentos da mulher durante o TP.

A literatura e recomendações internacionais, nomeadamente da OMS, defendem a mobilidade como uma prática promotora da progressão fisiológica do parto, redução de intervenções e melhoria da experiência materna. No entanto, a realidade clínica observada evidencia a persistência de barreiras à sua implementação efetiva, nomeadamente de natureza estrutural, cultural e organizacional ^{1, 7, 26, 39, 61}.

No decorrer do EC, através da observação estruturada da mobilidade das parturientes, foi possível identificar variabilidade na adoção de posições durante o TP, bem como inconsistência no incentivo à mobilidade por parte da equipa de saúde. A observação sistematizada das posições adotadas, dos estímulos à mobilidade e do impacto

no conforto materno e na progressão do TP, permitiu evidenciar que a mobilidade nem sempre é promovida de forma intencional e consistente, sendo frequentemente condicionada por fatores como: utilização de CTG contínua; administração de analgesia locorregional; rotinas institucionais e organização do serviço e limitações físicas do espaço.

De salientar que a realização da observação estruturada constituiu não apenas uma ferramenta de recolha de dados, mas também um instrumento de reflexão crítica sobre a prática clínica, permitindo sustentar intervenções futuras orientadas para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para a valorização do papel do EEESMO enquanto agente promotor de práticas baseadas na evidência e centradas na mulher (**Apêndice XXV - Observação estruturada da mobilidade da parturiente**).

A observação estruturada (qualitativa e quantitativa) da mobilidade da parturiente, com base numa estimativa de 45 observações, permitiu verificar que a maioria das mulheres se encontrava entre os 25 e os 34 anos (64,4%; n= 29), observou-se um predomínio de múltiparas (60,0%; n=27) em relação às nulíparas (40,0%; n=18). Das parturientes 73,3% (n= 33) recorreram a analgesia locorregional (epidural ou sequencial), sendo a epidural o método mais frequente (51,1%; n=23) (**Apêndice XXVI - Resultados estruturados da mobilidade da parturiente**).

A admissão em fase latente foi predominante, possibilitando a implementação precoce de estratégias promotoras da mobilidade em TP. As posições mais observadas foram o decúbito lateral, a deambulação e a utilização da bola de parto, sendo o decúbito lateral a posição mais frequentemente adotada, incluindo no momento do parto. A promoção da mobilidade foi maioritariamente assegurada pela equipa de enfermagem, verificando-se uma adesão predominantemente moderada. A equipa de enfermagem foi responsável por 60,0% (n=27) dos incentivos à mobilidade, destacando-se como principal promotora desta prática.

Verifica-se que 57,8% (n=26) das parturientes referiram melhoria da dor com a mobilidade, enquanto apenas 8,9% (n=4) referiram agravamento. Observa-se melhoria das contrações em 55,6% (n=25) dos casos, associada a 86,7% (n= 39) de CTG normais. A maioria dos acompanhantes apresentou um papel ativo (57,8%; n= 26), constituindo um elemento facilitador da mobilidade.

Os resultados estimativos permitem destacar alguns aspetos centrais. Primeiro, a mobilidade durante o TP mostrou-se viável mesmo em contexto de bloco de partos e com analgesia locorregional, desde que acompanhada por orientação especializada. Segundo,

a equipa de enfermagem assumiu um contributo determinante na promoção da mobilidade, reforçando a importância da intervenção autónoma do EEESMO. Terceiro, a mobilidade esteve associada a melhoria da perceção da dor e da dinâmica uterina, sem impacto negativo relevante no CTG. Quarto, a adesão moderada sugere que persistem barreiras, provavelmente relacionadas com fatores culturais, literacia em saúde, medo, analgesia e rotinas institucionais.

É pertinente interpretar que a recusa da mobilidade foi mais frequente em mulheres com baixa literacia em saúde e em algumas parturientes de contextos socioculturais específicos, o que sugere a necessidade de estratégias educativas mais individualizadas, culturalmente sensíveis e adequadas à capacidade de compreensão da mulher. Em contraste, as mulheres com maior escolaridade ou conhecimento prévio sobre o tema tenderam a aceitar melhor a mobilidade, a utilizar recursos como a bola de parto e a participar mais ativamente na escolha das posições.

A análise deste contexto evidenciou também uma lacuna ao nível da formação da equipa relativamente a estratégias não farmacológicas de alívio da dor, nomeadamente a utilização da Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS), técnica reconhecida como eficaz na gestão da dor em TP e potencial facilitadora da mobilidade. A inexistência desta prática no serviço constitui uma oportunidade de melhoria, na medida em que a gestão adequada da dor está diretamente relacionada com a capacidade da mulher se manter ativa durante o TP.

Face a estas necessidades identificadas, emergiu a pertinência da implementação de intervenções dirigidas não só às parturientes, mas também à equipa de enfermagem, nomeadamente: elaboração de um recurso educativo (PowerPoint) direcionado para a promoção da mobilidade e liberdade de movimentos da mulher em TP às parturientes/famílias (**Apêndice XXVII - Enquadramento do instrumento educativo**) (**Apêndice XXVIII - Instrumento educativo**) e a realização de uma sessão formativa dirigida aos enfermeiros, focada na utilização do TENS como método não farmacológico de alívio da dor (**Apêndice XXIX - Enquadramento teórico da utilização TENS para o alívio de dor durante O TP**); (**Apêndice XXX - PowerPoint da utilização da TENS para o alívio de dor durante o TP**).

No decorrer do EC, e apesar de não estarem inicialmente previstas no plano de projeto, emergiu a necessidade de desenvolver intervenções adicionais face às lacunas identificadas na prática clínica, nomeadamente ao nível da promoção da mobilidade da mulher em TP e da utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor. Neste

sentido, procedeu-se à elaboração de um recurso educativo em formato *PowerPoint*, direcionado para a promoção da mobilidade e liberdade de movimentos da mulher durante o TP, bem como à realização de uma sessão formativa dirigida à equipa de enfermagem, centrada na utilização da TENS como método não farmacológico de alívio da dor. Estas iniciativas surgiram como resposta a necessidades concretas do contexto clínico.

Este diagnóstico evidencia, assim, a existência de um desfasamento entre a evidência científica e a prática clínica, identificando oportunidades concretas de melhoria ao nível da promoção da mobilidade, da humanização dos cuidados e da capacitação dos profissionais de saúde.

III.6.2. Desenvolvimento do Plano de Projeto

Os objetivos e atividades definidos para o contexto de estágio na Urgência Obstétrica e Bloco de Partos foram globalmente alcançados ao longo do período de desenvolvimento do EC.

Objetivos específicos:

Sensibilizar a parturiente sobre os recursos existentes para ajudar a mobilidade e liberdade de movimentos; incentivar a parturiente a adotar movimentos que podem ser realizados no leito para favorecer o TP; identificar as posições e movimentos mais confortáveis pelas parturientes.

Atividades:

Explicação de exercícios que incentivem a mobilidade e liberdade de movimentos na parturiente; explicação de recursos existentes que ajudam na mobilidade e liberdade de movimentos na parturiente; aplicação de técnicas de mobilidade às parturientes para a escolha das posições mais confortáveis e necessárias durante o TP.

Domínio de competências:

A concretização deste objetivo permitiu o desenvolvimento de competências no domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (**A**), através da competência que garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (**A2**), através da unidade de competência **A2.1** ¹¹. Esta competência foi adquirida ao garantir cuidados centrados na mulher, respeitando a sua autonomia,

escolhas e direitos, nomeadamente na decisão sobre as posições e movimentos adotados durante o TP.

O domínio da melhoria continua de qualidade também foi adquirido, através do desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, onde se inclui a unidade de competências **B2.2**; a competência que garante um ambiente terapêutico e seguro **B3**, através da unidade de competência **B3.1** ¹¹. Este foi desenvolvido ao promover práticas baseadas na evidência que favorecem a mobilidade e a fisiologia do TP, contribuindo simultaneamente para a criação de um ambiente terapêutico seguro, através da orientação e aplicação de técnicas adequadas às necessidades da parturiente.

Por fim está incluída o domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais (**D**), onde se inclui a competência de basear a práxis clínica especializada em evidência científica (**D2**), incluindo a unidade de competências **D2.2** ¹¹. A competência foi adquirida pela utilização de evidência científica na implementação das intervenções, assegurando cuidados fundamentados e adequados ao contexto clínico.

De acordo com o **regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica**, no âmbito da **Competência 3-** cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, incluindo unidade de competência **3.1**, onde os critérios de avaliação presentes são **3.1.1; 3.1.2; 3.1.3; 3.1.4; 3.1.6**; incluindo unidades de competência **3.2**, onde os critérios de avaliação presentes são **3.2.1; 3.2.2; 3.2.3; 3.2.4; 3.2.5; 3.2.6**; incluindo a unidade de competência **3.3**, onde os critérios de avaliação presentes são **3.3.1; 3.3.2** ¹⁴. A concretização deste objetivo, foi através da explicação e aplicação de técnicas promotoras da mobilidade e liberdade de movimentos durante o TP, foi conseguida ao promover cuidados individualizados que favoreceram o conforto, a segurança e a progressão fisiológica do TP, incentivando simultaneamente a participação ativa da mulher, a sua autonomia e a tomada de decisão informada na escolha das posições mais adequadas.

De acordo com o **regulamento dos cursos de mestrado em enfermagem, para obtenção do grau de mestre**, ao nível das competências de mestre, esta atividade contribuiu para a competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (**a**), através da aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na conceção e implementação de intervenções promotoras da

mobilidade, integrando a fisiologia do TP e estratégias não farmacológicas. Contribuiu igualmente para a promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recursos à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos **(b)**, ao promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, através da implementação de práticas baseadas na evidência que favorecem a progressão do TP, reduzem a dor e aumentam a satisfação materna. Por fim, evidencia-se a competência que contribui para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada **(c)**, através do desenvolvimento de uma prática crítica e reflexiva, orientada para a adaptação das intervenções às características individuais da parturiente, promovendo cuidados personalizados e centrados na mulher ¹².

Objetivo específico:

Registar de forma sistemática as posições e movimentos corporais utilizados pelas mulheres em TP.

Atividade: Criação de um roteiro de observação estruturada.

Domínio de competências:

A concretização desta competência permitiu o desenvolvimento do domínio das competências comuns do enfermeiro especialista, relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal **(A)**, através da competência que garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais **(A2)**, incluindo a unidade de competência **A2.1** ¹¹. Esta competência foi adquirida ao garantir que a recolha e registo sistemático dos dados respeitaram os princípios éticos, nomeadamente o anonimato, a confidencialidade e a dignidade das parturientes, valorizando os seus direitos e experiências

Foi desenvolvido o domínio da melhoria contínua da qualidade **(B)**, através da competência que desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua **(B2)**, através da unidade de competência **B2.2**; e da competência que garante um ambiente terapêutico e seguro **(B3)**, incluindo a unidade de competência **B3.1**, como critérios de avaliação **B3.1.1**; **B3.1.2** ¹¹. Foi adquirido o domínio através da criação de uma observação estruturada, permitindo avaliar práticas, identificar padrões e fundamentar melhorias na promoção da mobilidade, contribuindo simultaneamente para um ambiente terapêutico seguro, ao adequar intervenções às respostas materno-fetais.

Foi também adquirido o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais **(D)**, incluindo a competência que baseia a práxis clínica especializada em

evidência científica **(D2)**, através da unidade de competência **D2.1** e **D2.2** ¹¹. Foi adquirido pela utilização de evidência científica na construção do instrumento e na análise dos dados, promovendo uma prática clínica fundamentada, crítica e orientada para a melhoria contínua.

De acordo com o **regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica**, no âmbito da **Competência 3** – cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, estando incluída a unidade de competência **3.1**, que engloba os critérios de avaliação **3.1.1; 3.1.2; 3.1.3; 3.1.6**; inclui a unidade de competência **3.2**, que engloba os critérios de avaliação **3.2.1; 3.2.4; 3.2.5; 3.2.6**; ; inclui a unidade de competência **3.3** que engloba os critérios de avaliação **3.3.1** ¹⁴. Esta competência foi adquirida ao possibilitar a identificação e a análise das posições adotadas pelas parturientes, contribuindo para a adequação das intervenções e promoção do conforto e progressão do TP. Paralelamente, permitiu reconhecer e valorizar a participação ativa da mulher na escolha das posições, promovendo a sua autonomia e tomada de decisão informada. Adicionalmente, a observação sistemática das respostas maternas possibilitou assegurar a monitorização e adequação dos cuidados prestados, garantindo a segurança da mulher e do feto

De acordo com o **regulamento dos cursos de mestrado em enfermagem, para obtenção do grau de mestre**, ao nível das competências de mestre, esta atividade contribuiu de forma evidente para a competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde **(a)**, através da conceção de um instrumento de recolha de dados estruturado, integrando conhecimento científico, metodológico e clínico. Contribuiu igualmente para promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recursos à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos **(b)**, ao permitir a identificação de áreas prioritárias para a melhoria da qualidade dos cuidados, sustentada na análise dos dados obtidos e na sua relação com a evidência científica. Por fim, evidencia-se a competência que contribuiu para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada **(c)**, através do desenvolvimento de uma postura investigativa, crítica e reflexiva, orientada para a produção de conhecimento em contexto clínico e para a transformação da prática baseada em evidência ¹².

Objetivo específico:

Sensibilizar dos profissionais de saúde sobre a TENS para alívio de dor durante o TP.

Atividade:

Disponibilização de um *PowerPoint* sobre a utilização da TENS para alívio de dor durante o TP.

Domínio de competências:

A concretização deste objetivo permitiu o desenvolvimento de competências no domínio das **competências comuns do enfermeiro especialista**, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal **(A)**, através da competência que garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais **(A2)**; incluindo a unidade de competência **A2.2** ¹¹. O domínio foi adquirido ao promover a partilha de informação baseada na evidência sobre o TENS, contribuindo para práticas seguras dos direitos da mulher e da tomada de decisão informada, garantindo cuidados éticos e fundamentados.

Outro domínio adquirido foi na melhoria contínua de qualidade **(B)**, competência que garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica **(B1)**, através da unidade de competência **B1.1**; e da competência que desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua incluindo unidades de competência **B2.2**. ¹¹. Este domínio foi adquirido através da sensibilização dos profissionais de saúde para a utilização de uma estratégia não farmacológica eficaz no alívio da dor, contribuindo para a inovação e melhoria das práticas clínicas e para a implementação de cuidados de qualidade baseados na evidência.

Outro domínio adquirido foi na gestão dos cuidados **(C)**, na competência que gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, através da unidade de competência **C1.1**, incluindo os critérios de avaliação **C1.1.1**; **C1.1.3** e na competência que adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados **(C2)**, incluindo a unidade de competência **C2.1**, que engloba os critérios de avaliação **C2.1.4** e **C2.1.5**; incluindo a unidade de competência **C2.2**, que engloba os critérios de avaliação **C2.2.1**; **C2.2.2**; **C2.2.3**; **C2.2.5** ¹¹. Este domínio foi adquirido ao dinamizar uma intervenção formativa dirigida à equipa de enfermeiros, promovendo a articulação entre profissionais e a otimização das respostas em saúde, bem como ao adaptar estratégias educativas ao contexto, potenciando a qualidade dos cuidados prestados.

Por fim, foi atingido o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais **(D)**, incluindo a competência que baseia a práxis clínica especializada em evidência científica **(D2)**, incluindo a unidade de competência **D2.1**, incluindo os critérios de avaliação **D2.1.1; D2.1.2; D2.1.3; D2.1.4.** e a unidade de competência **D2.2 e D2.3** ¹¹. Este domínio foi adquirido através da pesquisa, integração e transmissão de evidência científica sobre o TENS, permitindo fundamentar a prática clínica e promover a partilha do conhecimento junto da equipa de saúde.

De acordo com o **regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica**, destaca-se a **Competência 3** – cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, incluindo a unidade de competência **3.1**, incluindo os critérios de avaliação **3.1.2; 3.1.3; 3.1.6;** unidade de competência **3.2**, através dos critérios de avaliação **3.2.5;** incluindo as unidades de competência **3.3**, através dos critérios de avaliação **3.3.1** ¹⁴. A concretização desta competência, através da elaboração de um *PowerPoint* e da sensibilização dos profissionais para a utilização do TENS, permitiu desenvolver a Competência 3 esta foi adquirida ao promover a adoção de uma estratégia não farmacológica que contribui para o alívio da dor e para o conforto da parturiente, favorecendo a evolução fisiológica do TP. Paralelamente, incentivou a implementação de intervenções que reforçam a participação ativa da mulher e a adequação dos cuidados às suas necessidades. Adicionalmente, a utilização do TENS implica monitorização e avaliação contínua da resposta materna, contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com o **regulamento dos cursos de mestrado em enfermagem, para obtenção do grau de mestre**, ao nível das competências de mestre, esta atividade contribuiu para a competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde **(a)**, através da integração de conhecimento científico, técnico e pedagógico na conceção de uma intervenção formativa, evidenciando capacidade de articulação entre teoria e prática. Contribuiu igualmente para a promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recursos à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológicos **(b)**, ao promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, através da sensibilização da equipa para a implementação de um método não farmacológico eficaz, com potencial impacto na redução da dor e na promoção da mobilidade. Evidencia-se a competência de capacitar o

enfermeiro como elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma proativa em equipas e projetos (c), através do desenvolvimento de uma postura crítica e inovadora, orientada para a introdução de novas práticas clínicas sustentadas na evidência científica e adaptadas ao contexto institucional. E por fim, evidencia-se a competência de contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada (d) através da elaboração e apresentação do *PowerPoint* sobre o TENS, foi possível contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada, ao promover a disseminação de conhecimento científico junto da equipa, incentivar a adoção de práticas baseadas na evidência e reforçar o contributo do EEESMO na inovação e melhoria contínua dos cuidados ¹².

Objetivo específico:

Sensibilizar as parturientes sobre a mobilidade e liberdade de movimentos no TP.

Atividade:

Disponibilização de um *PowerPoint* educativo sobre a temática às parturientes.

Domínio de competências:

A concretização deste objetivo permitiu o desenvolvimento de competências no domínio das **competências comuns do enfermeiro especialista**, relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (A), incluindo a competência que garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2), incluindo a unidade de competência A2.1 ¹¹. Este domínio foi adquirido ao promover a educação para a saúde das parturientes de forma ética, respeitando a sua autonomia, direitos e capacidade de decisão informada relativamente à mobilidade durante o TP.

Inclui-se o domínio da melhoria contínua da qualidade (B), englobando a competência que desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua (B2), incluindo a unidade de competência B2.2; incluindo a competência que garante um ambiente terapêutico e seguro (B3), incluindo a unidade de competência B3.1, que engloba os critérios de avaliação B3.1.1; B3.1.2; B3.1.5. ¹¹. Este domínio foi adquirido através da implementação de um recurso educativo estruturado (*PowerPoint*), promovendo práticas baseadas na evidência que favorecem a mobilidade e a qualidade dos cuidados, contribuindo simultaneamente para um ambiente terapêutico seguro, ao orientar comportamentos adequados e benéficos.

Foi adquirido o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais **(D)**, na competência que baseia a práxis clínica especializada em evidência científica **(D2)**, incluindo a unidade de competência **D2.2**, através dos critérios de avaliação **D2.2.1; D2.2.2; D2.2.4; D2.2.6** ¹¹. Este domínio foi adquirido através da integração e aplicação de evidência científica na construção e transmissão dos conteúdos, garantindo uma prática fundamentada e promovendo a literacia em saúde das parturientes.

De acordo com o **regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica**, no âmbito da **Competência 3** – cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, incluída unidade de competência **3.1**, que engloba critérios de avaliação **3.1.1; 3.1.2; 3.1.3**; incluído unidade de competência **3.2**, que engloba critérios de avaliação **3.2.5; 3.2.6**; incluído unidade de competência **3.3**, que engloba critérios de avaliação **3.3.1** ¹⁴. Esta competência foi adquirida ao promover a transmissão de informação que favorece a adoção de posições e movimentos facilitadores da progressão do TP, contribuindo para o conforto e bem-estar da mulher. Paralelamente, foi incentivada a participação ativa e a autonomia da parturiente na escolha das estratégias de mobilidade. Adicionalmente, ao orientar práticas seguras e baseadas na evidência, que contribuiu para a monitorização e adequação dos cuidados, garantindo a segurança materno-fetal.

De acordo com o **regulamento dos cursos de mestrado em enfermagem, para obtenção do grau de mestre**, ao nível das competências de mestre, esta atividade contribuiu para as competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde **(a)**, através da conceção de um recurso educativo fundamentado na evidência científica, integrando conhecimentos técnicos, pedagógicos e comunicacionais. Contribuiu igualmente para promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recursos à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético-deontológico **(b)**, ao promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, através da capacitação da mulher para a adoção de comportamentos promotores de um parto fisiológico e de uma experiência mais positiva. Por fim, evidencia-se a competência que contribui para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada **(c)**, através do desenvolvimento de uma abordagem crítica, reflexiva e inovadora, orientada para a adaptação da informação às necessidades da mulher e para a implementação de estratégias educativas eficazes em contexto clínico ¹².

III.6.3. Ganhos em Saúde

O desenvolvimento do EC no contexto da Urgência Obstétrica e Bloco de Partos permitiu alcançar ganhos em saúde significativos, sobretudo ao nível da promoção do parto fisiológico, da capacitação da mulher e da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Destaca-se o aumento da literacia em saúde das parturientes, particularmente no que se refere à importância da mobilidade e liberdade de movimentos durante o TP. A implementação de estratégias como o instrumento educativo (aplicação) em formato de *PowerPoint* a ser disponibilizado a curto prazo por *tablet* às parturientes do bloco de partos, contribuiu para uma melhor compreensão dos benefícios das posições verticalizadas e da mobilidade, favorecendo a adoção de comportamentos informados e conscientes. Adicionalmente, verificou-se um reforço do *empowerment* da parturiente, traduzido numa participação ativa no processo de TP, maior capacidade de expressar preferências e maior sensação de controlo sobre o seu corpo. Este aspeto é fundamental para a promoção de uma experiência de parto mais positiva e humanizada.

Ao nível dos ganhos clínicos, a promoção da mobilidade esteve associada a uma melhoria da perceção da dor, constituindo uma estratégia eficaz de alívio não farmacológico. Este ganho assume particular relevância, uma vez que contribui para a redução da necessidade de intervenções desnecessárias e para o aumento do conforto materno.

A dor associada ao TP é reconhecida como uma das experiências dolorosas mais intensas descritas na literatura, resultando de múltiplos mecanismos fisiológicos, nomeadamente das contrações uterinas, da dilatação e apagamento cervical, bem como do estiramento dos tecidos vaginais e do pavimento pélvico associado à progressão fetal. Contudo, a dor não se limita ao fator físico, trata-se de uma experiência subjetiva, multidimensional e individual, influenciada por fatores sensoriais, emocionais, culturais e motivacionais ^{2, 5, 33, 52}.

A evidência científica sugere que muitas mulheres manifestam preferência por estratégias que lhes permitam manter maior controlo sobre o seu corpo e sobre o TP, optando, sempre que possível, por métodos menos invasivos e não farmacológicos ^{2, 3, 27}.

Outro ganho relevante prende-se com a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através da integração de práticas baseadas na evidência científica e da valorização do contributo do EEESMO na promoção de cuidados centrados na mulher.

A sensibilização da equipa de saúde para a utilização de métodos não farmacológicos, como a TENS, contribuiu também para o aumento de opções não farmacológicas disponíveis, promovendo uma abordagem mais diversificada e individualizada no controlo da dor.

O alívio da dor durante o trabalho de parto é um elemento central para o bem-estar físico e emocional da parturiente, devendo constituir uma prioridade nos cuidados prestados pelo EESMO ^{5, 27}.

Os enfermeiros devem investir no desenvolvimento de conhecimentos que sustentem a sua prática clínica, garantindo cuidados fundamentados e de qualidade. A produção e utilização de resultados de investigação revelam-se fundamentais para a evolução contínua da profissão e para a tomada de decisões informadas, orientadas para a prestação dos melhores cuidados. Neste sentido, a investigação em Enfermagem constitui um suporte essencial, ao fornecer bases científicas que fortalecem a disciplina, promovendo a conceção e implementação de intervenções inovadoras com impacto significativo na saúde das pessoas ⁵⁰.

Por fim, estes ganhos evidenciam a importância da implementação de intervenções educativas e estratégias promotoras da mobilidade, contribuindo para cuidados mais humanizados, eficazes e alinhados com as recomendações internacionais para a assistência ao parto.

III. Considerações Finais

Os objetivos delineados para este percurso formativo foram alcançados na sua totalidade, evidenciando-se uma evolução consistente ao nível do desenvolvimento de competências comuns, específicas e de mestre. A concretização dos objetivos propostos permitiu não só a aquisição e consolidação de conhecimentos técnico-científicos, mas também o desenvolvimento de competências críticas, reflexivas e relacionais fundamentais para a prática especializada em Enfermagem de SMO.

Este percurso traduziu-se na implementação de intervenções baseadas na evidência científica, orientadas para a promoção da mobilidade e liberdade de movimentos da mulher durante o TP, contribuindo para a humanização dos cuidados, a valorização da autonomia da mulher e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A análise crítica da prática permitiu-me identificar e compreender estratégias promotoras da mobilidade e da liberdade de movimentos durante o TP, bem como reconhecer o papel determinante do EEESMO na implementação de intervenções que favoreçam a fisiologia do parto, promoção de ambientes seguros e a participação ativa da mulher no TP.

Ao longo dos diferentes contextos clínicos, tornou-se evidente que a promoção da mobilidade e das posições verticalizadas durante o TP, constitui-se uma prática sustentada pela evidência científica, associada a benefícios fisiológicos e psicológicos para a mulher e para o RN. A liberdade de movimentos contribuiu para a progressão fisiológica do TP, favorecendo a perceção de controlo materno e à associação de experiências de parto mais positivas.

Contudo, a operacionalização do plano de projeto e a implementação destas práticas não se encontram isentas de dificuldades. Persistem ainda constrangimentos organizacionais e culturais que influenciam os cuidados, nomeadamente a forte medicalização do parto, a predominância de práticas intervencionistas que podem limitar a mobilidade da mulher durante o TP e as condicionantes estruturais dos serviços que constituem ainda um desafio à implementação de cuidados centrados na mulher. Acresce que a variabilidade na informação transmitida às grávidas e as desigualdades no acesso ao conhecimento podem condicionar o exercício da autonomia feminina e a escolha informada relativamente à mobilidade no TP e às posições de parto.

Apesar destas limitações, as atividades desenvolvidas ao longo dos EC revelaram ganhos significativos para a prática profissional e para a valorização da enfermagem na área da SMO. A implementação de intervenções educativas dirigidas às mulheres e às famílias demonstrou ser uma estratégia eficaz para promover o conhecimento sobre o TP, reforçar a autonomia feminina e favorecer a adoção de práticas promotoras do parto fisiológico. A educação para a saúde, desenvolvida no âmbito de cada EC, revelou-se um instrumento essencial para capacitar as mulheres para a tomada de decisões informadas e para fortalecer o seu papel enquanto protagonistas do seu parto.

Importa igualmente reconhecer que a experiência de parto exerce um impacto significativo e duradouro na vida da mulher. Uma vivência positiva associa-se ao aumento da autoestima, do bem-estar e da perceção de competência pessoal. A possibilidade de escolher livremente a posição durante o TP e parto relacionou-se diretamente com maiores níveis de satisfação materna, uma vez que reforça a sensação de controlo sobre este momento. Neste contexto, a promoção da mobilidade e da liberdade de movimentos deve ser entendida como um pilar fundamental dos cuidados centrados na mulher.

Contudo, apesar da robustez da evidência científica disponível, a adoção de posições alternativas à litotomia permanece em muitos contextos institucionais. Este facto evidencia a necessidade de reforçar a formação dos profissionais de saúde, promover práticas de cuidar baseadas na evidência e criar condições organizacionais que permitam apoiar a mulher na escolha da posição mais confortável e adequada ao momento do TP.

No que respeita às perspetivas futuras, considera-se fundamental dar continuidade ao conhecimento científico desta temática, através do desenvolvimento de investigação que explore as experiências e expectativas das mulheres relativamente à mobilidade durante o TP, bem como os fatores que condicionam a implementação destas práticas em contexto hospitalar. A realização de estudos em maternidades portuguesas poderá contribuir para uma melhor compreensão das barreiras existentes e para a definição de estratégias eficazes de mudança.

Paralelamente, torna-se essencial investir na formação contínua dos profissionais de saúde, particularmente dos EEESMO, de modo que as práticas sejam vez mais para a prestação de cuidados seguros e individualizados, independentemente da posição escolhida pela mulher. A promoção da educação para a saúde, a valorização da autonomia feminina e o desenvolvimento de práticas de cuidados baseadas na evidência científica constituem elementos fundamentais para a melhoria da qualidade dos cuidados obstétricos.

IV. Referências Bibliográficas

1. Cardoso A, Aires C, Machado S, Silva C, Grilo AR, Cerejeira I, et al. Guia orientador de boas práticas: preparação para o parto [Internet]. Papa-Letras. Ordem dos Enfermeiros, editor. 2023. Available from: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
2. Sequeira A, Pousa O, Amaral C. Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica. 1ªed. Lisboa:. 2020. 87–130 p.
3. Néne M, Marques R, Batista M. Enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa: Lidel; 2018. 308–352 p.
4. Martins C, Amaro C, Dias H, Santos MJ, Coutinho E. Vertical birth: scoping review on obstacles to its implementation. *Millenium: Journal of Education, Technologies, and Health*. 2025 May 21;17(17). doi:10.29352/mill0217e.39733
5. Santos E, Varela J, Varela V. Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto. Projeto da MCEESMO-OE. Maternidade com qualidade [Internet]. Available from: <http://www.rhlibrary.com>
6. Zangão MO, Lobão A. Influência da mobilidade e posturas verticais na duração do primeiro estágio do trabalho de parto: revisão integrativa. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*. 2023 Apr 21;22(1):36–51. doi:10.53795/raepo.v22.2022.17
7. Frias A, Galhanas A. Da Gravidez à Parentalidade: Evidências, Práticas e Vínculos para um Início de Vida Saudável. Da Gravidez à Parentalidade: Evidências, Práticas e Vínculos para um Início de Vida Saudável. Editora Científica Digital; 2025. doi:10.37885/978-65-83998-42-2
8. Satone PD, Tayade SA. Alternative Birthing Positions Compared to the Conventional Position in the Second Stage of Labor: A Review. *Cureus*. 2023 Apr 21. doi:10.7759/cureus.37943
9. Inquérito de experiências de parto em Portugal. Associação Portuguesa para os Direitos da Mulher na Gravidez e Parto; 2019.
10. Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Acesso e atividade dos prestadores de cuidados de saúde de obstetrícia - partos [Internet]. 2025 Aug. Available from: <https://www.ine.pt>

11. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República. 2019 Feb;26.
12. Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem. 2021 Jul.
13. Berstain-García I, Álvarez-Aguirre A, Huerta-Baltazar MI, Casique-Casique L. Teoría de los cuidados de Kristen Swanson: revisión de literatura. SANUS. 2022 Jan 31;7:e212. doi:10.36789/revsanus.vi1.212
14. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República. 2019.
15. Costa AC, Prata JA, Oliveira KR, da Silva CRF, Progianti JM, Mouta RJO, et al. Freedom of movement and positioning in childbirth with non-invasive technologies of nursing care. Cogitare Enfermagem. 2023;28(e89444). doi:10.1590/ce.v28i0.89444
16. Evidence in the maternal position in the second stage of labor. Torres M, Vinagre C, Godinho AB, Casal E, Pereira A. Evidence in the maternal position in the second stage of labor. Acta Obstet Ginecol Port. 2018.
17. Isabel C, Amaro T, Dias H, José M, Santos O, Alexandra De Andrade P, et al. Benefícios da verticalização do parto. International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología. 2021 Jun;489–502.
18. Silva LF, de Lima Sanches MET, Pereira Santos AA, Silva Oliveira JC, Novaes Acioli DM, Mendes Santos JA. Adherence to good obstetric practices: Building qualified assistance in maternity schools. Revista Baiana de Enfermagem. 2021;35. doi:10.18471/rbe.v35.37891
19. Scholten N, Strizek B, Okumu MR, Demirer I, Kössendrup J, Haid-Schmallenberg L, et al. Birthing positions and mother's satisfaction with childbirth: a cross-sectional study on the relevance of self determination. Arch Gynecol Obstet. 2025 Mar 1;311(3):591–8. doi:10.1007/s00404-024-07770-1 PubMed PMID: 39495292.
20. Aguilar OC, Luisa A, Romero F, Morales García VE. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. Ginecol Obstet Mex. 2013;81.
21. Honnef F, Arboit J, Paula CC de, Padoin SM de M. Choices of women in the process of childbirth: integrative review. Ciência, Cuidado e Saúde. 2019 Aug 5;18(4). doi:10.4025/cienccuidsaude.v18i4.44687

22. World Health Organization (WHO). WHO labour care guide: implementation resource package [Internet]. 2025 [cited 2026 Apr 8].
23. Gaudêncio A, Rocha V, Bastos T. Influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido [Internet]. Projeto MCEESMO-OE [cited 2026 Apr 8]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
24. Ondeck M. Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. *J Perinat Educ*. 2019 Apr 1;28(2):81–7. doi:10.1891/1058-1243.28.2.81
25. Moura R, Borges M, Oliveira D, Parente M, Kimmich N, Mascarenhas T, et al. A biomechanical study of the birth position: a natural struggle between mother and fetus. *Biomech Model Mechanobiol*. 2022 Jun 1;21(3):937–51. doi:10.1007/s10237-022-01569-2 PubMed PMID: 35384526.
26. Torres M, Vinagre C, Godinho AB, Ester Casal, Pereira A. Evidence in the maternal position in the second stage of labor. *Acta Obstet Ginecol Port*. 2018.
27. Montero García A, Provencio Herranz V. Non-pharmacological methods as an effective measure for pain management in normal delivery. *Metas de Enfermeria*. 2023 Dec 1;26(10):69–78. doi:10.35667/MetasEnf.2023.26.1003082194
28. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour (Review). In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd; 2013. doi:10.1002/14651858.cd003934.pub3 PubMed PMID: 23959763.
29. Vaz VB da S, Rodrigues MT, Martins NQB, Rigonato GO de M, De Carvalho MHJ, Do Nascimento GF, et al. Benefits of the upright position in normal childbirth. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021 Sep 1;4(5):18533–9. doi:10.34119/bjhrv4n5-004
30. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Exceptional surveillance of intrapartum care for healthy women and babies [Internet]. 2023 [cited 2026 Apr 8]. Available from: <https://www.nice.org.uk>
31. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience – executive summary. Geneva: WHO; 2018.
32. Cabral BTV, Rocha MC dos S, Almeida VR de M, Petrônio CCAD, Azevedo IC de, Martins QCS, et al. Medidas não farmacológicas para alívio da dor do parto: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2023;23. doi:10.1590/1806-9304202300000439

33. Royal College of Midwives (RCM). Midwifery care in labour: guidance for all women in all settings [Internet]. 2018 [cited 2026 Apr 8]. Available from: <https://www.rcm.org.uk>
34. Vaz VB da S, Rodrigues MT, Martins NQB, Rigonato GO de M, De Carvalho MHJ, Do Nascimento GF, et al. Benefits of the upright position in normal childbirth. *Brazilian Journal of Health Review*. 2021 Sep 1;4(5):18533–9. doi:10.34119/bjhrv4n5-004
35. Germain B, Parés N. Parir en movimiento. *La liebre de marzo*.
36. Beller CJ, Gebhard MM, Karck M, Labrosse MR. Usefulness and limitations of computational models in aortic disease risk stratification. *J Vasc Surg*. 2024 Dec;52(6):1572–9. doi:10.1016/j.jvs.2010.05.117 PubMed PMID: 20674246.
37. Atsali EN, Russell K. Hospital midwives' barriers when Facilitating upright positions during a Normal second stage of labour. *Afr J Nurs Midwifery*. 2018 Jun 1;20(1). doi:10.25159/2520-5293/2189
38. Mamede F, Mamede M, Dotto L. Reflection on ambulation and maternal position during labor and delivery. *Ecs Nery R Enferm*; 2007.
39. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2017. doi:10.1002/14651858.CD002006.pub4 PubMed PMID: 28539008.
40. Ordem dos Enfermeiros. Livro de bolso – Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras. Lisboa: OE.
41. Musie MR, Peu MD, Bhana-Pema V, Musie M. Factors hindering midwives' utilisation of alternative birth positions during labour in a selected public hospital. *Prm Health Care Fam Med*. 2019 Sep;11(1). doi:10.4102/phcfm
42. Gomes de Sá R, Soares Bernardo E, Rafaela Campos Carvalho J, Laísse da Silva Ramos M, Oliveira Peixinho Campos R, Kedima Diniz Cavalcanti Tenório A. A teoria de Kristen Swanson e as suas implicações na enfermagem obstétrica e ginecológica [Internet]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1421292>
43. da Costa Oliveira T, Letícia Lopes da Silva A, Fragoso da Silva Oliveira J, de Albuquerque Tenório Pereira E, Cristina Soares Figueiredo Trezza M. A assistência de enfermagem obstétrica à luz da teoria dos cuidados de Kristen Swanson. Vol. 9. 2018.

44. Kalfoss M, Owe J. Empirical Verification of Swanson's Caring Processes Found in Nursing Actions: Systematic Review. *Open J Nurs.* 2015;05(11):976–86. doi:10.4236/ojn.2015.511104
45. Serviço Nacional de Saúde. BICSP [Internet]. [cited 2026 Apr 8]. Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/932/30033/3150352/Pages/default.aspx>
46. Unidade de Cuidados na Comunidade Almada. Página institucional [Internet]. [cited 2026 Apr 8]. Available from: <https://ucc-almada.comunidades.net/>
47. Unidade de Cuidados na Comunidade Almada. População-alvo [Internet]. [cited 2026 Apr 8]. Available from: <https://ucc-almada.comunidades.net/populacao-alvo>
48. Direção-Geral da Saúde (DGS). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco [Internet]. Lisboa: DGS; [ano?] [cited 2026 Apr 8]. Available from: <https://www.dgs.pt>
49. Irvin L, De Leo A, Davison C. Stand and deliver: an integrative review of the evidence around birthing upright. *Br J Midwifery.* 2022 Mar;30.
50. Canuto T. Preparar-se para o parto: que ganhos em saúde? Porto; 2014.
51. Intrapartum care. NICE guideline [Internet]. 2023 Nov. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng235
52. Matabane SE, Musie MR, Mulaudzi MF. Childbirth Preparation: Knowledge of the Use of Non-Pharmacological Pain Relief Methods during Childbirth in Tshwane District, South Africa: A Cross-Sectional Study. *Nurs Rep.* 2024 Mar 1;14(1):1–11. doi:10.3390/nursrep14010001
53. Unidade Local de Saúde de São José. Centro de Medicina Reprodutiva [Internet]. [cited 2026 Apr 8]. Available from: <https://www.ulssjose.min-saude.pt/estrutura-clinica/ginecologia-e-obstetricia/centro-de-medicina-reprodutiva/>
54. Unidade Local de Saúde de São José. Ginecologia [Internet]. [cited 2026 Apr 8]. Available from: <https://www.ulssjose.min-saude.pt/ginecologia/>
55. Unidade Local de Saúde Almada-Seixal. Ginecologia e Obstetrícia [Internet]. [cited 2026 Apr 8]. Available from: <https://www.ulsas.min-saude.pt/ginecologia-e-obstetricia/>
56. Unidade Local de Saúde Almada-Seixal. Sala de Experiências Positivas [Internet]. [cited 2026 Apr 8]. Available from: <https://www.ulsas.min-saude.pt/sala-de-experiencias-positivas-do-hgo/>
57. Isabel da Costa Fialho P. Do modelo de cuidados centrados na parturiente aos ganhos em saúde: a intervenção do EESMO. 2021 Dec.

58. Unidade Local de Saúde Almada-Seixal. Resultados de pesquisa: puerpério [Internet]. [cited 2026 Apr 8]. Available from: <https://www.ulsas.min-saude.pt/?s=puerperio>
59. Direção-Geral da Saúde (DGS). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco [Internet]. Lisboa: DGS; 2015 [cited 2026 Apr 8]. Available from: <https://www.dgs.pt>
60. Unidade Local de Saúde Almada-Seixal. Área materna e infantil: ginecologia e obstetrícia [Internet]. [cited 2026 Apr 8]. Available from: <https://www.ulsas.min-saude.pt/category/servicos/area-materna-e-infantil/?c=ginecologia-e-obstetricia>
61. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: WHO; 2022.

Apêndices

Apêndice I - Metodologia de Pesquisa Relatório

Os critérios de inclusão definidos foram: artigos publicados nos últimos 5 anos (2022-2026), em língua portuguesa, inglesa ou espanhola e texto integral. Foram excluídos artigos que não abordavam a temática da Mobilidade e Liberdade de Movimentos na Mulher em TP. No âmbito da pesquisa livre utilizaram-se termos em linguagem natural como: liberdade de movimentos; posições verticais no TP, primeiro estadio do TP, Teoria de *Kristen Swanson*.

Os descritores utilizados foram inicialmente identificados e validados nos vocabulários controlados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e *MeSH* (*Medical Subject Headings*). Paralelamente, foram ainda incorporados termos livres retirados da literatura, de forma a abranger a terminologia não indexada e garantir que a pesquisa captava estudos recentes e relevantes. A combinação de descritores controlados com termos livres permitiu, assim, construir equações de pesquisa completas, perceptíveis e adequadas aos objetivos deste trabalho.

A equação de pesquisa integrou termos relacionados com o TP e com a mobilidade materna, incorporando descritores tais como: (((*"Labor, Obstetric"*[MeSH] OR *"Parturition"*[MeSH] OR *"Delivery, Obstetric"*[MeSH] OR *"TP"*[DeCS] OR *"Parturição"*[DeCS] OR *"Childbirth"*[DeCS] OR *"Normal Labor*"*)) AND ((*"Patient Positioning"*[MeSH] OR *"Movement"*[MeSH] OR *"Posicionamento do Paciente"*[DeCS] OR *"Movimento"*[DeCS] OR *"Freedom of Movement"*[DeCS] OR *"Maternal Mobility*"* OR *"Active Labor*"* OR *"Active Birth*"* OR *"Upright Position*"* OR *"Vertical Position"* [DeCS] OR *"Birthing Position*"* OR *"Maternal Position*"* OR *"Walking in Labor*"* OR *"Ambulation"* [DeCS]))).

A pesquisa foi conduzida nas bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *Library, Information Science & Technology Abstracts*, *MedicLatina* e *Cochrane Clinical Answers*.

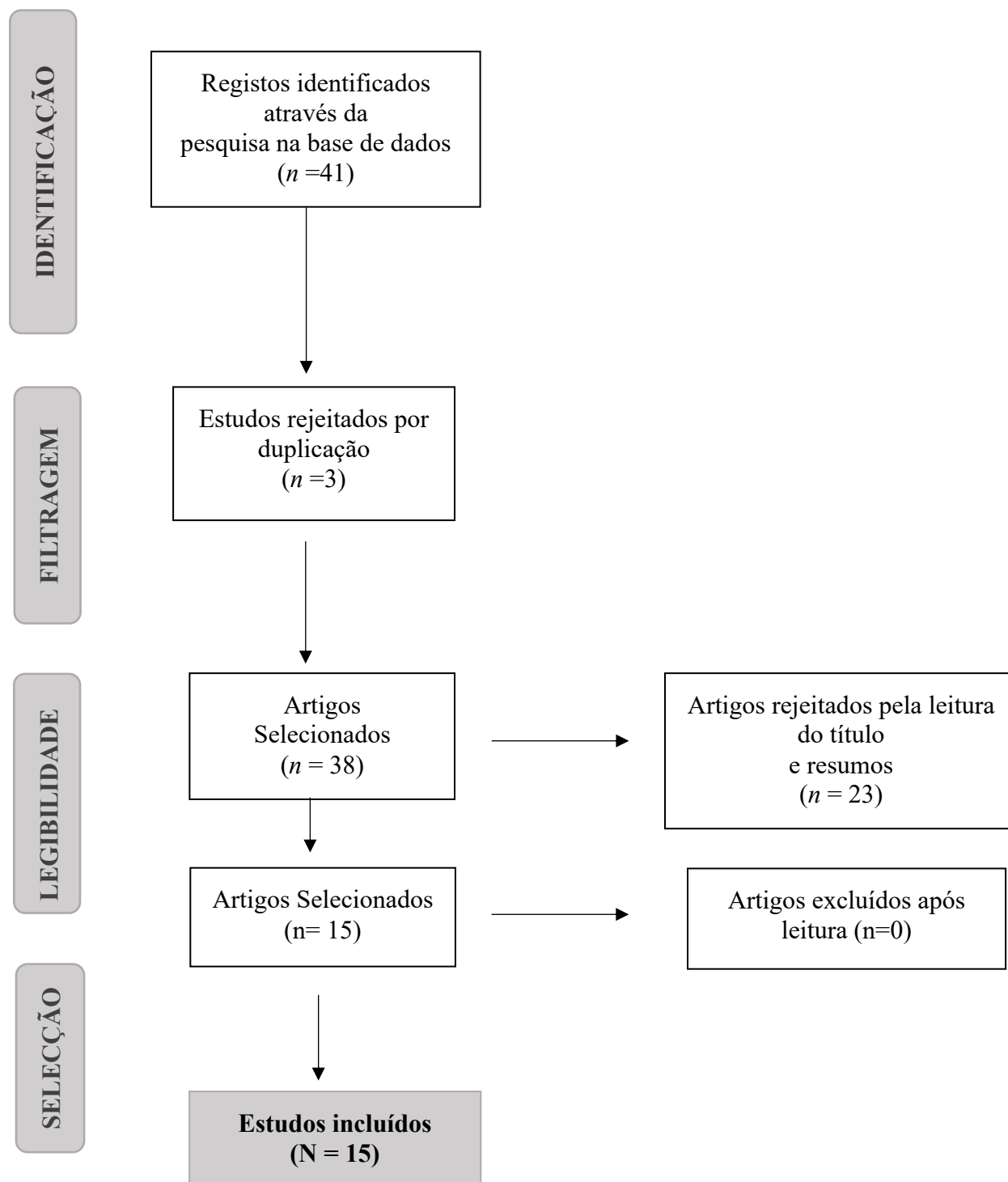
Na fase inicial, a pesquisa resultou na identificação de quarenta e um artigos, dos quais três foram excluídos por duplicação e vinte e três foram eliminados após leitura dos títulos e resumos por não cumprirem os critérios definidos. Assim, foram selecionados quinze artigos científicos, que constituíram a base principal de análise e reflexão para o desenvolvimento deste relatório. Todo o processo de identificação, seleção e inclusão dos

estudos foi documentado de acordo com o modelo PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), garantindo transparência, rigor metodológico e reprodutibilidade da metodologia de pesquisa adotada.

A literatura cinzenta consistiu na consulta do Guia Orientador de Boas práticas preparação para o parto; Guia Orientador de Boas práticas Gravidez e adaptação à gravidez (gravidez de baixo risco); Livro de Bolso do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica; Publicações desenvolvidas em conjunto pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO); Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Ordem dos Enfermeiros: Código Deontológico; Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem; documento da tomada de posição da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica sobre o parto fisiológico saudável e normal – centros de parto normal; documentos da OMS; Diário da república, Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras.

De acordo com a metodologia PRISMA foi possível desenvolver o seguinte diagrama:

Figura 1: **PRISMA Flow Diagram**



Apêndice II - Plano de Projeto dos EC

OBJETIVO: Compreender a organização estrutural e do funcionamento de cada serviço	
Atividades	Crítérios de Avaliação
Realização de uma reunião institucional com a Supervisora Clínica;	Reunião no início do EC;
Apresentação formal e integração na equipa multidisciplinar;	1º dia de EC;
Reconhecimento e análise das competências profissionais da equipa de saúde;	
Efetivação de visita estruturada ao serviço para conhecimento da sua organização e funcionamento;	
Consulta, análise e enquadramento das normas de orientação clínica e nos procedimentos em vigor.	Consulta 100% das normas e procedimentos dentro da temática na 1ª semana de Ensino Clínico.
OBJETIVO: Desenvolver competências do EEESMO durante a prestação de cuidados especializados	
Presta cuidados especializados à mulher/família ao longo do ciclo gravídico-puerperal;	Presta cuidados especializados à mulher/família na comunidade, internamento de grávidas e puérperas, exames especiais na área da ginecologia e gravidez de alto risco, bem como na urgência obstétrica e bloco de partos;
Participa nos cuidados especializados à mulher/família ao longo do ciclo gravídico-puerperal.	Participa nos cuidados especializados à mulher/família adequados a cada contexto.
OBJETIVO: Implementar o plano de projeto nos diferentes EC	
Partilha do plano de projeto com a Supervisora Clínica;	Reunião com a Supervisora Clínica sobre o plano de projeto e atividades a desenvolver;
Implementação das atividades propostas;	
Desenvolvimento e envio do cronograma de atividades ao Supervisor Clínico e Pedagógico.	Envio do cronograma de atividades na 1ª semana de EC.
OBJETIVO: Atualizar conhecimentos na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	
Pesquisa com evidência científica, consulta de guias orientadores da OE, documentos DGS, documentos internacionais;	Consulta e analisa documentos de Saúde Materna e Obstétrica, Guias Orientadores de Boas práticas e Bases de dados;

Participação em eventos científicos, incluindo a apresentação e partilha de trabalhos;	Participa em, pelo menos 1 evento científico;
Participação em cursos de formação;	
Realização de <i>Scoping Review</i> .	Realiza uma <i>Scoping Review</i> .
Recursos	
Humanos: Supervisor Clínico; Supervisor Pedagógico; Equipa multidisciplinar.	Materiais: Computador; Plano de projeto; Documentação do serviço;

Unidade de Cuidados na Comunidade

OBJETIVO: Identificar as necessidades de conhecimento das grávidas/famílias sobre a importância da temática	
Atividades	CrITÉrios de Avaliação
Elaboração de um roteiro informal dirigido às grávidas, através da plataforma <i>Google Forms</i> ;	Obtenção de pelo menos 3 respostas das grávidas na plataforma <i>Google Forms</i> ;
Análise dos dados de forma detalhada e sistematizada;	
Produção de um folheto informativo sobre a temática;	
Distribuição de um folheto informativo sobre a temática.	Distribuir, pelo menos, três folhetos informativos às grávidas/famílias sobre a temática.
Recursos	
Humanos: Supervisor Clínico; Supervisor Pedagógico; Grávidas/famílias.	Materiais: Computador; Plano de projeto; Folheto informativo sobre a temática.

OBJETIVO: Sensibilizar as grávidas/famílias nos CPPP sobre os benefícios da temática através da demonstração de movimentos e posições que podem facilitar a progressão do TP	
Atividades	CrITÉrios de Avaliação
Criação de vídeo educativo para as grávidas/famílias no CPPP focados nos benefícios da temática através da demonstração de movimentos e posições que podem facilitar a progressão do TP; Demonstração de vídeo educativo produzido.	Participar em pelo menos um CPPP com a demonstração do vídeo educativo para as grávidas/famílias nos benefícios da temática através da demonstração de movimentos e posições que podem facilitar a progressão do TP.
Recursos	
Humanos: Supervisor Clínico; Supervisor Pedagógico; Grávida/família;	Materiais: Recursos audiovisuais para sessões de esclarecimento: projetor, computador; vídeo educativo; Sala apropriada para consultas e sessões educativas.

OBJETIVO: Informar as grávidas/famílias nos CPPP sobre os seus direitos, promovendo o conhecimento e a autonomia para que possam tomar decisões informadas sobre o seu corpo, o TP e os cuidados recebidos.	
Atividades	CrITÉrios de Avaliação
Organização de sessão de esclarecimento no CPPP para grávidas/famílias acerca dos direitos sobre o seu corpo, o TP e os cuidados recebidos; Apresentação de <i>PowerPoint</i> da temática.	Participar em pelo menos um CPPP para sessão de esclarecimento para grávidas/famílias acerca dos seus direitos sobre o seu corpo, o TP e os cuidados recebidos.
Recursos	
Humanos: Supervisor Clínico; Supervisor Pedagógico; Grávida/família;	Materiais: Recursos audiovisuais para sessões de esclarecimento: projetor, computador; vídeo educativo; Sala apropriada para consultas e sessões educativas.

Exames Especiais na área da Gravidez de Alto Risco

OBJETIVO: Participar ativamente no cuidado à mulher nos exames especiais nas grávidas de alto risco.	
Atividades	Critérios de Avaliação
Participação do cuidado à mulher.	Observar pelo menos cinco exames especiais em grávidas de alto risco.
Recursos	
Humanos: Grávidas de alto risco; Supervisor clínico; Supervisor pedagógico.	Materiais: -----

Exames Especiais na área da Ginecologia

OBJETIVO: Participar ativamente no cuidado à mulher nos exames especiais de ginecologia	
Atividades	Critérios de Avaliação
Participação do cuidado à mulher.	Observar pelo menos cinco mulheres nos exames especiais de ginecologia.
Recursos	
Humanos: Supervisor Clínico; Supervisor Pedagógico; Mulheres.	Materiais: -----

Internamento de Grávidas

OBJETIVO: Identificar fatores que limitam a mobilidade e liberdade de movimentos das grávidas internadas.	
Atividades	CrITÉrios de Avaliação
Realização de um roteiro informal acerca dos fatores que limitam a mobilidade e liberdade de movimentos das grávidas internadas; Utilização das notas de campo detalhada sobre a temática para análise.	Identificar pelo menos uma grávida com limitação na mobilidade e liberdade de movimentos no internamento.
Recursos	
Humanos: Supervisor Clínico; Supervisor Pedagógico; Grávidas.	Materiais: Roteiro; Sala apropriada para recolha de notas de campo.

OBJETIVO: Implementar estratégias para promover a mobilidade e liberdade de movimentos na mulher em TP.	
Atividades	CrITÉrios de Avaliação
Elaboração de um cartaz informativo sobre a Mobilidade e liberdade de movimentos na mulher em TP; Utilização do cartaz como meio pedagógico.	Desenvolver pelo menos a uma grávida uma intervenção individualizada, que contorne algum tipo de limitação que a mesma possa ter na mobilidade e liberdade de movimentos no TP; Sensibilizar, pelo menos, duas grávidas durante o EC, através do cartaz informativo.
Recursos	
Humanos: Supervisor Clínico; Supervisor Pedagógico; Parturientes/famílias.	Materiais: Cartaz informativo; Sala apropriada para colocar cartaz informativo.

Puerpério

OBJETIVO: Recolher informação através de um questionário informal acerca da experiência vivida sobre as posições e movimentos utilizados durante o TP.	
Atividades	CrITÉrios de Avaliação
Realização de um questionário informal às puérperas sobre as experiências vividas; Utilização dos resultados do questionário informal às puérperas sobre as experiências vividas para análise.	Identificar pelo menos três perceções de puérperas sobre as posições e movimentos utilizados durante TP
Recursos	
Humanos: Supervisor Clínico; Supervisor Pedagógico; Puérperas.	Materiais: Questionário informal; Sala apropriada para recolha de notas.

OBJETIVO: Sensibilizar as puérperas acerca dos exercícios <i>Kegel</i> e das básculas	
Atividades	CrITÉrios de Avaliação
Elaboração de um marcador de livro com logotipo e <i>QR code</i> com vídeo informativo sobre os exercícios <i>kegel</i> e das básculas.	Sensibilizar pelo menos três puérperas à cerca dos exercícios <i>Kegel</i> e das básculas.
Recursos	
Humanos: Supervisor Clínico; Supervisor Pedagógico; Puérperas;	Materiais: Marcador de livro;

Bloco de Partos

OBJETIVO: Sensibilizar a parturiente sobre os recursos existentes para ajudar a mobilidade e liberdade de movimentos; incentivar a parturiente a adotar movimentos que podem ser realizados no leito ou no ambiente hospitalar para favorecer o TP; identificar as posições e movimentos mais confortáveis pelas parturientes.	
Atividades	CrITÉrios de Avaliação
Explicação de exercícios que incentivem a mobilidade e liberdade de movimentos na parturiente;	Capacitar pelo menos dez parturientes acerca dos movimentos que podem adotar para a mobilidade e liberdade de movimentos;
Explicação de recursos existentes que ajudam na mobilidade e liberdade de movimentos na parturiente;	Capacitar pelo menos dez parturientes acerca dos recursos que podem utilizar para a mobilidade e liberdade de movimentos;
Aplicação de técnicas de mobilidade às parturientes para a escolha das posições mais confortáveis e necessárias durante o TP.	Identificar em dez parturientes em TP qual a posição mais confortável adotada.
Recursos	
Humanos: Supervisor Clínico; Supervisor Pedagógico; Parturientes/familiares;	Materiais: Bloco de partos; Material: Bolas de parto, faixas de suporte, camas ajustáveis e barras de apoio, bola de amendoim.

OBJETIVO: Registrar de forma sistemática as posições e movimentos corporais utilizados pelas mulheres em TP.	
Atividades	CrITÉrios de AvaliaÇão
Criação de um roteiro de observação estruturada; Utilização dos resultados do roteiro de observação estruturada para análise.	Observar pelo menos 3 grávidas.
Recursos	
Humanos: Supervisor clínico; Supervisor Pedagógico; Parturientes/familiares;	Materiais: Bloco de partos; Roteiro de observação.

OBJETIVO: Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a TENS para alívio de dor durante o TP.	
Atividades	Critérios de Avaliação
Disponibilização de um <i>PowerPoint</i> sobre a utilização da TENS para alívio de dor durante o TP.	Sensibilizar pelo menos 3 profissionais de saúde
Recursos	
Humanos: Supervisor Clínico; Supervisor Pedagógico; Equipa de Enfermagem	Materiais: Bloco de partos Recursos audiovisuais para sessões de esclarecimento: projetor, computador; vídeo educativo; Sala apropriada para apresentação.

OBJETIVO: Sensibilizar as parturientes sobre a mobilidade e liberdade de movimentos no TP	
Atividades	Critérios de Avaliação
Disponibilização de um <i>PowerPoint</i> educativo sobre a temática.	Sensibilizar pelo menos 3 parturientes sobre a temática.
Recursos	
Humanos: Supervisor Clínico; Supervisor Pedagógico; Parturientes/famílias	Materiais: Bloco de partos Recursos audiovisuais para sessões de esclarecimento: projetor, computador; vídeo educativo; Sala apropriada para consultas e sessões educativas.

Apêndice III - Póster sobre a “Amamentação exclusiva e a perda de peso do recém-nascido: intervenção precoce do especialista de saúde materna e obstétrica”



Apêndice IV - Análise *SWOT* da formação prática em técnica de rebozo

Forças:

- Aquisição de conhecimentos teórico-práticos de uma estratégia não farmacológica de alívio da dor;
- Desenvolvimento de competências técnicas na aplicação do rebozo em diferentes fases do TP;
- Promoção de práticas baseadas na evidência e centradas na mulher;
- Integração de abordagens que favorecem a mobilidade, conforto e autonomia da parturiente;
- Reforço da relação terapêutica e do envolvimento da pessoa significativa nos cuidados à parturiente;
- Partilha de experiências e boas práticas entre profissionais com interesse na área da saúde materna.

Fraquezas

- Necessidade de investimento pessoal na formação (custos e disponibilidade);
- Dificuldade de aplicação em contexto clínico devido a constrangimentos organizacionais;
- Ausência de uniformização de protocolos institucionais para a utilização do rebozo;
- Limitações na aplicação em certos contextos por limitações socioculturais.

Oportunidades

- Implementação da técnica em contexto clínico como estratégia promotora da mobilidade no TP;
- Desenvolvimento de ações de formação em serviço para divulgação da prática junto da equipa;
- Integração do rebozo em programas de preparação para o parto e parentalidade;
- Contributo para a humanização dos cuidados e para a melhoria da experiência da mulher no TP;
- Possibilidade de desenvolvimento de projetos de investigação na área das intervenções não farmacológicas;

- Valorização do EEESMO na promoção de práticas inovadoras e baseadas na evidência.

Ameaças

- Resistência à mudança por parte de alguns profissionais;
- Predomínio de um modelo biomédico nos contextos hospitalares;
- Condicionantes estruturais dos serviços (tempo, espaço físico, organização do trabalho);
- Falta de formação generalizada dos profissionais na área das técnicas não farmacológicas;
- Possível desvalorização destas intervenções face às abordagens farmacológicas.

Apêndice V - Análise *SWOT* do Curso Parto verticalizado e Novas Formas de Posicionar no TP / Período Expulsivo

Forças

- Sustentação científica, com recurso a evidência atual e discussão de artigos científicos;
- Desenvolvimento de competências práticas na aplicação de técnicas promotoras da mobilidade e posições verticalizadas;
- Demonstração de diversas estratégias facilitadoras do TP;
- Partilha de experiências entre profissionais de diferentes instituições, enriquecendo a prática clínica;
- Reflexão sobre os receios e barreiras dos profissionais, permitindo antecipar desafios na prática;
- Reforço do EEESMO na promoção da autonomia e cuidados centrados na mulher.

Fraquezas

- Realização da formação fora da área de residência, implicando deslocação;
- Duração limitada do curso, pelo que condicionou o conhecimento de algumas competências práticas;
- Necessidade de consolidação das técnicas em contexto clínico para aquisição de maior destreza;

Oportunidades

- Aplicação das técnicas de mobilidade e posicionamento verticalizado durante os EC's;
- Promoção de práticas baseadas na evidência junto da equipa multidisciplinar;
- Contributo para a implementação ou reforço do parto verticalizado nos contextos clínicos;
- Desenvolvimento de ações de formação em serviço com partilha de conhecimentos adquiridos;
- Estímulo à reflexão crítica e à mudança de práticas de cuidados;
- Possibilidade de desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Ameaças

- Resistência à mudança por parte de profissionais, associada a práticas institucionais;
- Limitações estruturais e organizacionais que dificultam a implementação destas práticas;
- Persistência de receios dos profissionais relativamente à segurança e controlo dos cuidados;
- Falta de uniformização de protocolos institucionais que integrem o parto verticalizado;
- Cultura institucional que pode limitar a autonomia e liberdade de movimentos da mulher em TP.

Apêndice VI - Análise *SWOT* do curso Anatomia Funcional do Parto Fisiológico em Hospital

Forças

- Abordagem especializada da anatomia funcional da bacia, com compreensão tridimensional;
- Componente prática e experiencial, facilitando a integração do conhecimento na prática clínica;
- Estudo detalhado da relação entre movimentos pélvicos, planos de *Hodge* e progressão fetal;
- Desenvolvimento de competências na aplicação de posições/movimentos específicos (ex.: contranatação, natação);
- Integração dos conceitos de mobilidade intrínseca e extrínseca da bacia;
- Capacitação para adaptação de posições e movimentos ao contexto real da sala de partos;
- Promoção de uma prática clínica baseada na fisiologia do parto e centrada na mulher;
- Valorização do EEESMO no acompanhamento ativo e individualizado da parturiente.

Fraquezas

- Elevado nível de complexidade conceptual, exigindo consolidação posterior na prática clínica;
- Necessidade de treino contínuo para correta aplicação das posições/movimentos;
- Dependência de recursos materiais específicos (ex.: bolas, suportes, tecidos, cama de parto adaptada).

Oportunidades

- Aplicação direta dos conhecimentos na promoção da mobilidade e liberdade de movimentos na mulher no TP, durante o EC;
- Melhoria da qualidade dos cuidados através de intervenções mais individualizadas e fundamentadas;
- Contributo para a implementação de práticas promotoras do parto fisiológico nos contextos clínicos;

- Capacitação para formação em serviço e partilha de conhecimento com a equipa;
- Desenvolvimento de projetos de melhoria contínua na área da mobilidade e posicionamento no TP;

Ameaças

- Predomínio de modelos de cuidados medicalizados que limitam a mobilidade materna;
- Limitações organizacionais e estruturais que dificultam a aplicação das técnicas (tempo, espaço, recursos);
- Falta de uniformização de protocolos institucionais que integrem estas abordagens;
- Possível dificuldade na continuidade da aplicação das técnicas sem apoio institucional.

Apêndice VII - Análise *SWOT* laboratório Bebê Vida

Forças

- Conhecimento detalhado do circuito completo: colheita, processamento, criopreservação e armazenamento;
- Compreensão das aplicações terapêuticas das células estaminais;
- Contacto direto com boas práticas laboratoriais e normas de qualidade;
- Integração entre prática clínica e componente laboratorial;
- Aquisição de competências relevantes para o aconselhamento parental informado;
- Conhecimento dos kits de colheita e dos procedimentos associados;
- Reforço da segurança e qualidade na prática da colheita em contexto clínico.

Fraquezas

- Tempo limitado da visita, restringindo o conhecimento de alguns conteúdos;
- Observação de procedimentos, com menor componente prática;
- Dependência de formação adicional para domínio completo da área.

Oportunidades

- Aplicação dos conhecimentos na prática clínica, especialmente na colheita de sangue do cordão;
- Melhoria da qualidade dos cuidados prestados no momento do parto;
- Capacitação para esclarecimento e orientação dos pais sobre células estaminais;
- Promoção de decisões informadas e conscientes por parte das famílias;
- Possibilidade de integração futura em projetos de investigação ou formação nesta área;
- Articulação entre cuidados obstétricos e avanços da medicina regenerativa.

Ameaças

- Limitações éticas e legais associadas à utilização das células estaminais;
- Evolução científica ainda em curso, com aplicações futuras não totalmente consolidadas;

Apêndice VIII - Análise *SWOT* da participação no IV Encontro Chicco: “Desafios da Parentalidade: Cuidar com Confiança”

Forças

- Abordagem multidisciplinar, com contributo de diferentes profissionais de saúde;
- Atualização de conhecimentos em áreas-chave: aleitamento materno, cuidados ao RN e introdução alimentar;
- Integração de temas relevantes para a prática clínica (hipoglicemia, infeções respiratórias, segurança rodoviária);
- Enfoque na capacitação parental e educação para a saúde;
- Promoção de cuidados centrados na família;
- Contacto com diferentes perspetivas clínicas e educativas.

Fraquezas

- Carácter predominantemente teórico, com menor componente prática;
- Tempo limitado para o conhecimento de cada temática;
- Abordagem generalista de alguns conteúdos;

Oportunidades

- Aplicação dos conhecimentos na educação para a saúde durante o pré-natal e pós-parto;
- Melhoria da qualidade da informação prestada às mulheres e famílias;
- Promoção do aleitamento materno e cuidados adequados ao RN;
- Reforço das competências na prevenção de complicações neonatais;
- Integração de estratégias de capacitação parental na prática clínica;
- Possibilidade de partilha de conhecimentos com a equipa.

Ameaças

- Risco de desatualização rápida de alguns conteúdos face à evolução científica;
- Dificuldade de implementação prática de algumas recomendações em contexto clínico;
- Possível discrepância entre recomendações teóricas e realidade institucional.

Apêndice IX - Análise *SWOT* Nascido Positivo - VII Encontro Internacional de Novos Paradigmas na Saúde da Mulher e no Nascimento

Forças

- Abordagem integrativa dos cuidados em saúde da mulher e parto;
- Diversidade temática abrangente (TP, amamentação, saúde mental, parentalidade);
- Participação de especialistas nacionais e internacionais;
- Integração de evidência científica com abordagens humanizadas;
- Reflexão crítica sobre práticas clínicas e modelos de cuidados;
- Valorização da comunicação, liderança e relação terapêutica.

Fraquezas

- Diversidade de temas, podendo limitar o conhecimento de cada área;
- Predominância de conteúdos teóricos em algumas sessões;
- Necessidade de adaptação dos conteúdos à realidade institucional de cada contexto;

Oportunidades

- Integração de práticas mais humanizadas e centradas na mulher durante os EC;
- Aplicação de estratégias de comunicação e relação terapêutica;
- Reforço da capacitação da mulher e família no TP;
- Desenvolvimento de uma visão crítica e reflexiva sobre os cuidados obstétricos;
- Possibilidade de partilha de conhecimentos com a equipa.

Ameaças

- Dificuldade de implementação prática de abordagens mais holísticas em contextos hospitalares;
- Limitações organizacionais que condicionam a aplicação dos conhecimentos adquiridos;
- Discrepância entre modelos teóricos inovadores e práticas instituídas;
- Possível dificuldade em manter continuidade destas abordagens sem suporte institucional.

Apêndice X - Análise *SWOT* 4º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO)

Forças

- Atualização de conhecimentos em áreas-chave da saúde materna (diagnóstico pré-natal, plano de parto, amamentação);
- Enfoque do EEESMO ao longo do ciclo gravídico-puerperal;
- Integração de temáticas inovadoras como telemedicina e teleconsulta;
- Abordagem à qualidade dos cuidados e satisfação das mulheres;
- Promoção de competências em comunicação, incluindo comunicação multicultural;
- Reflexão sobre práticas clínicas atuais e organização dos cuidados.

Fraquezas

- Tempo limitado para o conhecimento de algumas temáticas;
- Predominância de abordagem teórica em determinadas sessões;
- Limitação na componente prática experiencial.

Oportunidades

- Aplicação dos conhecimentos na melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
- Integração de estratégias de comunicação mais eficazes;
- Implementação de práticas de acompanhamento contínuo da mulher (gravidez, parto e pós-parto);
- Utilização de ferramentas digitais no acompanhamento das mulheres;
- Desenvolvimento de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Reforço do EEESMO enquanto agente de mudança nos serviços.

Ameaças

- Resistência à integração de novas tecnologias nos cuidados de saúde;
- Limitações institucionais na implementação de práticas inovadoras;
- Desigualdade de recursos entre instituições de saúde;
- Dificuldade na uniformização de práticas baseadas na evidência.

Apêndice XI - “A liberdade de movimentos no trabalho de parto e a sua influência na duração do período expulsivo: revisão *scoping*” - Revista *Salutis Scientia*

Título: A liberdade de movimentos no trabalho de parto e a sua influência na duração do período expulsivo: *revisão scoping*

Resumo:

A liberdade de movimentos constitui um elemento essencial do parto fisiológico e humanizado, promovendo a autonomia da mulher e contribuindo para uma experiência de parto mais positiva, segura e centrada na parturiente. A presente *Scoping Review* tem como objetivo identificar a evidência científica sobre a influência da liberdade de movimentos durante o trabalho de parto na duração do período expulsivo, sistematizando práticas e posições maternas que contribuam para um parto mais eficiente, fisiológico e humanizado. A revisão foi conduzida segundo as recomendações do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews – SRs* (PRISMA-ScR), utilizando a estratégia de pesquisa (População: parturientes; Conceito: liberdade de movimentos e duração do período expulsivo; Contexto: 1.º/2.º estadio do trabalho de parto, com foco no período expulsivo) (PCC). A pesquisa foi realizada nas bases de dados *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *PubMed* e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), abrangendo estudos em português, inglês e espanhol. Foram incluídos quinze estudos internacionais de diferentes metodologias.

A análise revelou que a mobilidade materna e as posições verticalizadas favorecem a eficácia das contrações uterinas, a descida e rotação fetal, e estão associadas à redução da duração do período expulsivo, bem como ao aumento do conforto e da satisfação da mulher. Evidências recentes reforçam o papel da verticalidade na diminuição do tempo de expulsão, confirmando o impacto positivo da liberdade de movimentos na fisiologia e vivência do parto. Conclui-se que a promoção da liberdade de movimentos e da posição escolhida pela mulher deve ser uma prática clínica prioritária, sustentada por evidência científica e enquadrada nos princípios da humanização, autonomia e segurança materna.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; liberdade de movimentos; trabalho de parto; posições maternas; período expulsivo.

Apêndice XII - Roteiro informal

Roteiro informal

Objetivo: Compreender as percepções, conhecimentos e expectativas das grávidas em relação à mobilidade e liberdade de movimentos durante o trabalho de parto, e identificar barreiras e facilitadores da sua implementação na prática clínica.

1. Introdução

(Apresentação da entrevista e explicação do seu propósito)

"Olá, chamo-me Filipa, sou enfermeira e neste momento estudante do Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa, estou a realizar o meu estágio, gostava de saber se lhe posso fazer algumas perguntas? Esta conversa será utilizada para fins de estudo do meu relatório de estágio, respeitando sempre a sua privacidade. O objetivo é perceber as suas percepções sobre a mobilidade e liberdade de movimentos no trabalho de parto. Não existem respostas certas ou erradas, quero apenas compreender a sua opinião e experiência. Podemos começar?"

2. Perfil da Grávida *(Questões iniciais para caracterização do perfil da participante)*

1. Qual a sua idade?
2. Esta é a sua primeira gravidez? (Se não, quantos filhos tem?)
3. Em que trimestre de gravidez está?
4. Onde planeia realizar o parto? *(Hospital público, privado, domicílio)*
5. Frequenta ou planeia frequentar um **Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP)**?

3. Conhecimento sobre Mobilidade no Trabalho de Parto

6. Antes desta gravidez, já tinha ouvido falar sobre a importância da **mobilidade e liberdade de movimentos durante o parto**? *(Se sim, onde obteve essa informação?)*
7. Sabe quais são os benefícios de se manter ativa durante o trabalho de parto? *(Se sim, pode enumerar alguns?)*

8. Considera que a posição deitada é a mais adequada para o seu parto ou acredita que outras posições podem ser benéficas?

4. Expectativas e Preferências no Parto

9. Já pensou sobre as posições que gostaria de adotar durante o trabalho de parto?
(Ex.: de pé, de cócoras, de quatro apoios, sentada na bola de parto)
10. Tem receio de se movimentar durante o parto? *(Se sim, porquê?)*
11. Como acha que os profissionais de saúde podem apoiar-la para se sentir mais confortável em manter-se móvel durante o trabalho de parto?
12. Acha que ter o apoio de um acompanhante durante o trabalho de parto pode ajudar na sua liberdade de movimentos? *(Se sim, de que forma?)*

5. Experiência com o Curso de Preparação para o Parto (se aplicável)

13. No **Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP)**, abordaram o tema da mobilidade e posições durante o trabalho de parto?
14. Após o curso, sentiu-se mais preparada para tomar decisões sobre a sua posição no trabalho de parto?
15. O curso alterou de alguma forma na sua perceção sobre o parto? *(Se sim, de que forma?)*
16. Acha que os cursos deviam reforçar mais a importância da mobilidade no parto?

6. Barreiras e Dificuldades na Aplicação da Mobilidade no Parto

17. Tem conhecimento se o hospital onde pretende ter o parto permite que as mulheres se movimentem livremente durante o trabalho de parto?
18. Acha que os hospitais e maternidades em Portugal oferecem condições adequadas para que as mulheres possam movimentar-se durante o parto?
19. Que barreiras acha que podem dificultar a mobilidade durante o trabalho de parto?
(Ex.: protocolos hospitalares, medo, dor, analgesia epidural, monitorização contínua)
20. Considera que os profissionais de saúde incentivam suficientemente a mobilidade no trabalho de parto? *(Se não, o que achas que poderia ser feito para melhorar?)*

7. Expectativas para o Pós-Parto e Conclusão

21. Acha que a mobilidade durante o trabalho de parto pode influenciar a sua recuperação no pós-parto? *(Se sim, de que forma?)*
22. Tem interesse em frequentar sessões pós-parto na UCC, como recuperação pós-parto e grupos de apoio a mães?
23. Há algo mais que gostaria de partilhar sobre este tema?

Objetivo da Análise Estatística

Este roteiro permitirá recolher **dados qualitativos** que, posteriormente, poderão ser categorizados e analisados estatisticamente para identificar:

- **Percentagem de grávidas que têm conhecimento prévio sobre mobilidade no trabalho de parto;**
- **Número de grávidas que se sentem confortáveis/desconfortáveis com a ideia de se movimentarem no trabalho de parto;**
- **Efeito do CPPP na perceção da mobilidade durante o trabalho de parto;**
- **Principais barreiras apontadas pelas grávidas;**
- **Expectativas versus realidade sobre a liberdade de movimentos nos hospitais portugueses.**

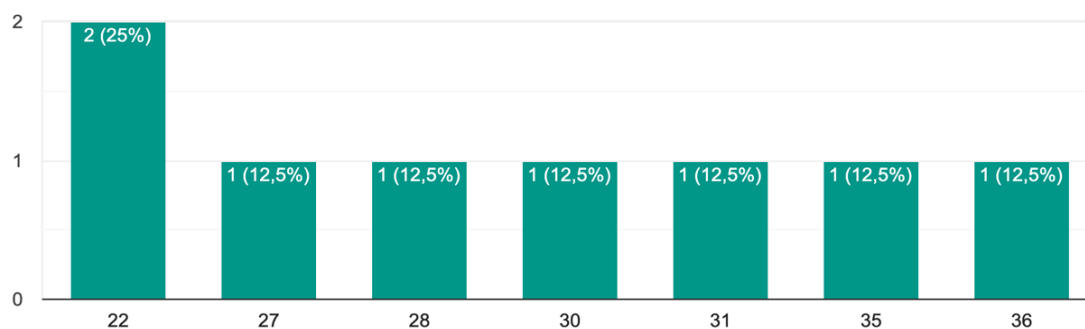
Com estes dados, será possível **comparar as perceções das grávidas com a evidência científica disponível**, identificando oportunidades de melhoria na prática clínica e no ensino sobre mobilidade no parto.

Apêndice XIII - Resultados do roteiro informal

Foram obtidas 8 respostas, que se encontram representadas nos seguintes gráficos:

1. Qual é a sua idade?

8 respostas



A maioria das participantes encontrava-se no intervalo etário entre os 22 e os 36 anos, com maior concentração aos 22 anos (25%) e distribuição homogênea nas restantes idades (12,5% cada).

2. Esta é a sua primeira gravidez? (Se "não", quantos filhos tem?)

Sim

4 respostas

sim

2 respostas

Não (tenho 1 filho)

1 resposta

Não. 1 filho

1 resposta

Verificou-se que 75% das participantes eram nulíparas, enquanto 25% eram múltiparas.

3. Em que trimestre da gravidez se encontra?

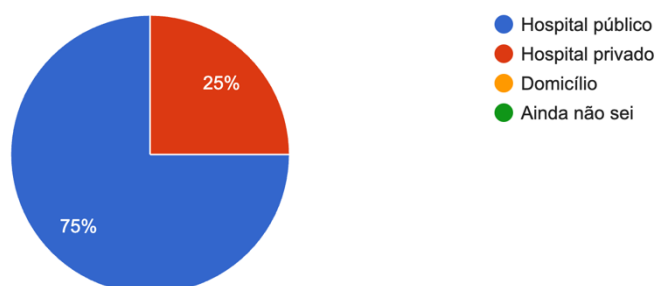
8 respostas



Todas as participantes (100%) encontravam-se no 3.º trimestre de gravidez.

4. Onde está a planear realizar o parto?

8 respostas



A maioria das mulheres (75%) planeava ter o parto em hospital público, sendo que 25% optava por hospital privado.

5. Frequenta ou pretende frequentar um Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP)?

8 respostas



A totalidade das participantes (100%) frequentava ou pretendia frequentar o CPPP.

6. Antes desta gravidez, já tinha ouvido falar sobre a importância da mobilidade durante o trabalho de parto? (Se sim, onde obteve essa informação?)

Não

4 respostas

Sim, na pesquisa de informação e curso do 1ro filho

1 resposta

Sim, na consulta com a medica de família.

1 resposta

Sim, amigas recém mamãs

1 resposta

Nao, primeira vez

1 resposta

Apenas 62,5% (n=5) das participantes não tinham ouvido falar sobre a importância da mobilidade no TP, enquanto apenas 37,5 % (n=3) obtiveram informação através de pesquisa, profissionais de saúde ou experiências prévias.

7. **Sabe quais são os benefícios de se manter ativa durante o trabalho de parto?** (Se sim, pode enumerar alguns?)

Não

2 respostas

Sim, ajudar na movimentação do bebê pelo trajeto do parto. Redução do risco na necessidade de corte na hora do parto.

1 resposta

É essencial para o bem estar da mulher, na preparação para o parto e até mesmo para a recuperação pós-parto.

1 resposta

Sim. Ajuda o bebê na sua travessia, acelera o processo, ajuda nas contrações

1 resposta

Sim. Mobilidade/flexibilidade Melhor recuperação no pós parto

1 resposta

Não sei

1 resposta

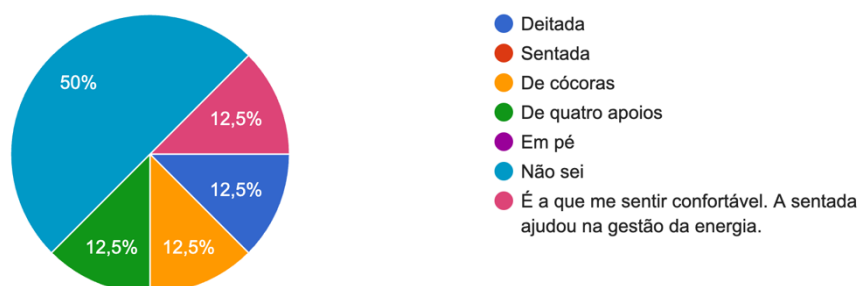
Nao

1 resposta

Apenas uma parte das participantes demonstrou conhecimento sobre os benefícios da mobilidade 50% (n=4), enquanto as restantes 50% (n=4) evidenciou desconhecimento ou incerteza.

8. Qual considera a posição mais adequada para o seu trabalho de parto?

8 respostas



Relativamente à posição considerada mais adequada no TP, 50% indicou “não saber”, enquanto as restantes optaram por diferentes posições (12,5% cada).

9. Já pensou nas posições que gostaria de adotar durante o trabalho de parto? (Se sim, quais?)

8 respostas

Posições verticais talvez
Talvez na cadeira porque não creio que aguento todo o trabalho de cócoras
São as que me sentir confortável, movimentando a pelvis
Ainda não! Não entendi bem!
Não sei
Não
Não pensei.
Ainda nao, gostaria de obter mais informações

Verificou-se 37,5% (n=3) apresentaram alguma reflexão relativamente às posições a adotar. Em contrapartida 62,5% (n=5) indicaram não ter pensado no assunto, não saber ou necessitar de mais informações.

10. **Tem receio de se movimentar durante o trabalho de parto?** (Se sim, porquê?)

Não

4 respostas

Tenho não!

1 resposta

Não sei

1 resposta

Não.

1 resposta

Nao

1 resposta

A maioria referiu não ter receio (87,5%; n=7) de se movimentar durante o TP, embora 12,5% (n=1) demonstrou incerteza.

11. Como acha que os profissionais de saúde podem apoiar a sua mobilidade no trabalho de parto?

8 respostas

Através de técnicas/manobras especializadas

Dando algumas dicas dos movimentos que podemos adoptar caso, com os nervos, me foque apenas num.

Dando espaço, os equipamentos não obrigarem a ficar presos (fios grandes por exemplo)

Ensinando e tendo paciência com as gestantes

Não sei

Não sei ainda

Incentivando para que haja liberdade para tal.

Dando dicas, estar presente, e uma boa comunicação

As participantes destacaram o papel dos profissionais de saúde no incentivo à mobilidade, nomeadamente através de orientação, comunicação e apoio (análise qualitativa).

12. Acha que o apoio de um acompanhante pode ajudar na sua liberdade de movimentos durante o trabalho de parto ? (Se sim, de que forma?)

8 respostas

Sim, dá segurança

Sim, relembrando e apoiando fisicamente nas posições que devemos fazer.

Sim. Psicologicamente e nas movimentos necessários

Com certeza, o apoio do acompanhante é indispensável

Sim

Sim ,de estar em casa

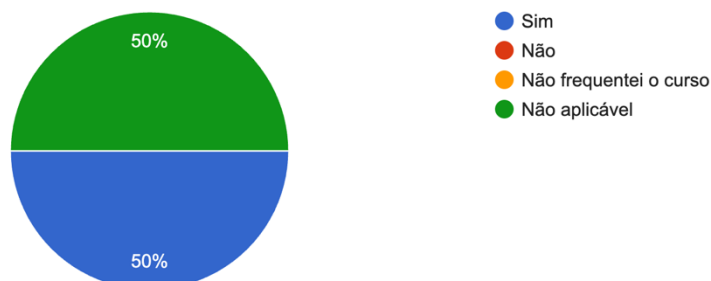
Sem dúvida, alguém de confiança do nosso lado faz sempre a diferença.

Sim sem dúvida algumas táticas que irá aprender no curso e apoio em todas as horas

A totalidade das participantes (100%) reconheceu a importância do apoio do acompanhante na promoção da mobilidade durante o TP.

13. No CPPP foi abordado o tema da mobilidade e posições no trabalho de parto?

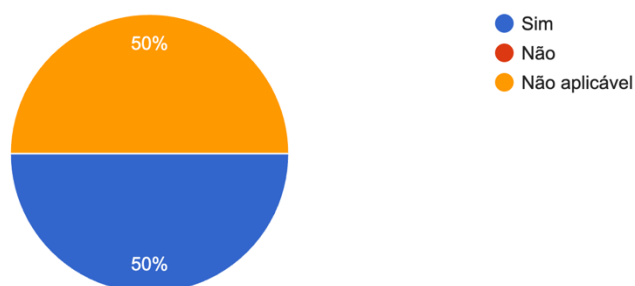
8 respostas



Verificou-se que 50% das participantes referiu que o tema da mobilidade foi abordado no CPPP, enquanto os restantes 50% consideraram não aplicável pois no momento da recolha de dados ainda não tinha sido abordada a temática no CPPP.

14. Sentiu-se mais preparada para decidir sobre a sua posição durante o trabalho de parto após o CPPP ?

8 respostas



Metade das participantes (50%) referiu sentir-se mais preparada para decidir sobre posições no TP após o CPPP, enquanto os restantes 50% consideraram não aplicável, pois no momento da recolha de dados ainda não tinha sido abordada a temática no CPPP.

15. O curso alterou a sua percepção sobre o trabalho de parto? (Se sim, de que forma?)

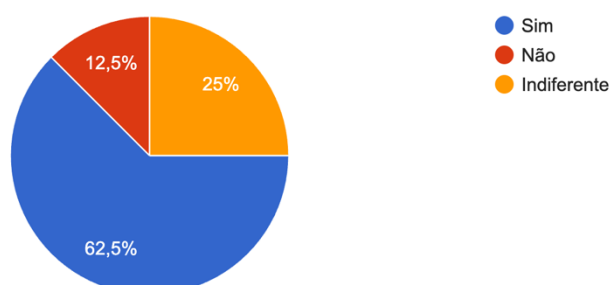
8 respostas

Sim, maior tranquilidade e segurança
Sim, deu uma ideia melhor sobre cada posição e como cada uma pode ou não se adaptar a cada gestante
Ainda no início
Não tivemos aula sobre isso ainda, só fiz 1
Não sei
Sim, pela informação adquirido
Ainda não sei responder.
sim

Verificou-se que 50% das participantes consideram uma alteração positiva associando o curso a maior tranquilidade, segurança, e melhor compreensão. Por outro lado 37,5%, das respostas indicaram impossibilidade de avaliação no momento da recolha de dados, por se encontrarem numa fase inicial do CPPP ou sem exposição suficiente ao conteúdo. Enquanto 12,5% mantiveram incerteza.

16. Acha que os cursos deviam reforçar mais a importância da mobilidade no trabalho de parto?

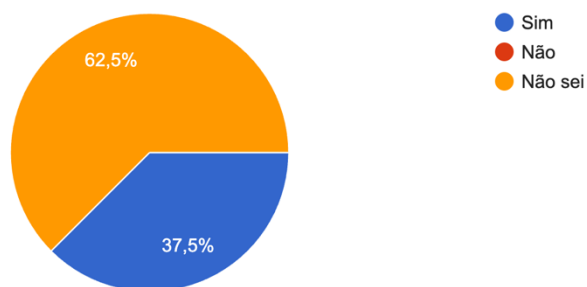
8 respostas



A maioria (62,5%) considerou que os cursos devem reforçar a importância da mobilidade no TP, enquanto 25% mostrou indiferença e 12,5% consideraram não ser necessário o reforço.

17. Sabe se o hospital onde vai ter o parto permite a liberdade de movimentos durante o trabalho de parto?

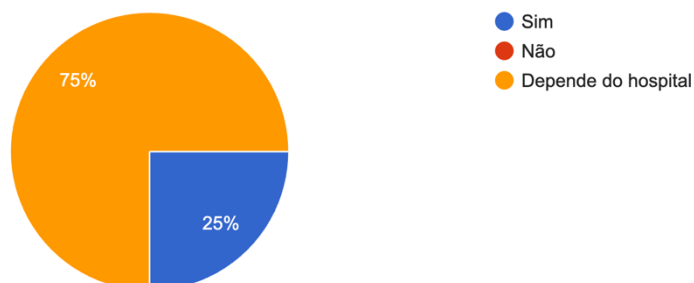
8 respostas



Verificou-se que 62,5% das participantes desconheciam se o hospital onde estavam a planear ter o parto permite a liberdade de movimentos, enquanto 37,5% referiram que sim.

18. Acha que os hospitais/maternidades em Portugal oferecem condições para a liberdade de movimentos durante o trabalho de parto ?

8 respostas

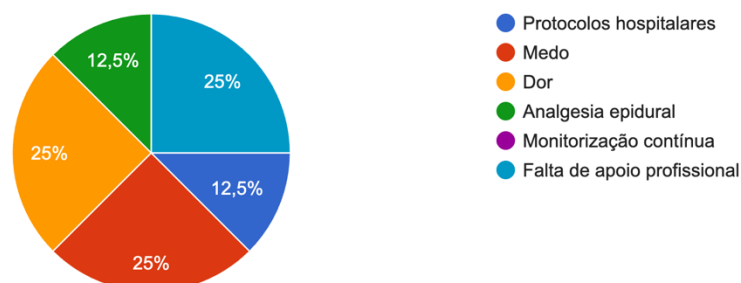


A perceção sobre as condições dos hospitais/maternidades para a liberdade de movimentos, apenas 25% (n=2) das participantes consideraram que os hospitais oferecem

condições adequadas para a liberdade de movimentos, enquanto 75% (n=6) responderam que isso depende do hospital.

O que pode dificultar a liberdade de movimentos durante o trabalho de parto?

8 respostas



Os principais fatores identificados como limitadores da mobilidade foram a falta de apoio profissional, a dor e o medo (25% cada), seguidos de analgesia epidural (12,5%) e protocolos hospitalares (12,5%) e monitorização contínua (0%).

20. **Considera que os profissionais de saúde incentivam a liberdade de movimentos durante o trabalho de parto ?** (Se não, o que poderia ser melhorado?)

8 respostas

Até agora sim, na teoria. Espero que na prática corresponda

Até ao momento, todos os profissionais com que me cruzei incentivam.

No geral sim

Não sei

Sim

Não sei ainda

Depende do profissional e acredito também da mentalidade de cada profissional acerca do assunto.

Nao sei primeira gravidez

De forma geral, as participantes referiram que os profissionais incentivam a mobilidade, embora reconheçam que tal depende do contexto e da prática individual (análise qualitativa).

A mobilidade durante o trabalho de parto pode influenciar a sua recuperação no pós-parto? (Se sim, de que forma?)

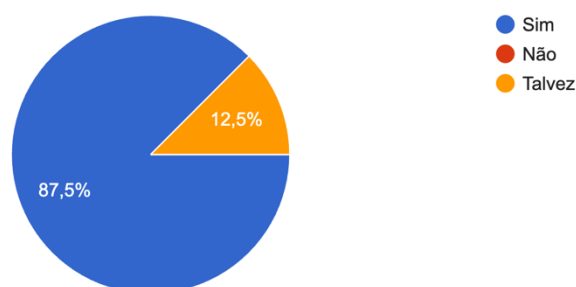
8 respostas

Não sei
Sim
Penso que sim porque reduz em muito a necessidade de cortes e utilização de outros utensílios para a retirada do bebé.
Não sei
Espero que sim
Não sei responder.
Sim vai ser essencial

Relativamente à perceção sobre a influência da mobilidade na recuperação pós-parto, a maioria das participantes apresentou respostas favoráveis ou potencialmente favoráveis, embora persistissem respostas de incerteza, evidenciando conhecimento ainda pouco consolidado sobre esta relação (análise qualitativa).

22. Tem interesse em participar em sessões pós-parto na UCC (ex: recuperação, apoio a mães, amamentação)?

8 respostas



Verificou-se um elevado interesse na participação em sessões pós-parto na UCC, com 87,5% das participantes a responderem afirmativamente e 12,5% a indicar “talvez”.

23. Gostaria de partilhar mais alguma opinião ou experiência sobre este tema?

Não

4 respostas

O curso é maravilhoso!

1 resposta

Esta tudo ok

1 resposta

Para já não

1 resposta

Não.

1 resposta

No que se refere à partilha de opiniões adicionais sobre o tema, a maioria das respostas não acrescentou informação complementar, enquanto uma participante destacou de forma positiva a experiência do curso.

Apêndice XIV - Folheto informativo

Circulares



Para a frente e para trás



Explora diferentes exercícios e posições, associando-os a movimentos suaves para facilitar o trabalho de parto ⁸.

YOU'RE THE BEST MOM!

PREPARA-TE PARA UM PARTO MAIS ATIVO !!!!!

Saúde Materna e Obstétrica

Referências Bibliográficas



Video



Mobilidade no Trabalho de Parto: O Teu Corpo, O Teu Ritmo, A Tua Escolha!



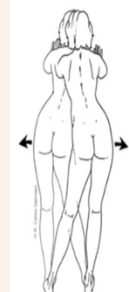
Elaborado por:
Ana Filipa Martins (nº9215)
1ª MESMO da ESSCVP
Lisboa

Orientado por:
Profª Manuela Néné

De "infinito"



Laterais



Posições que podes adotar no TP

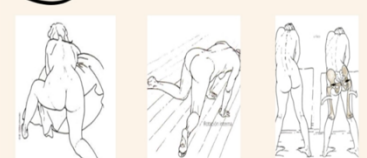
Fase inicial

Exemplos de posições que ajudam a alargar a parte superior da bacia ⁸.



Fase final

Exemplos de posições que ajudam a alargar a parte inferior da bacia ⁸.



Benefícios

- Melhora a circulação para o bebé ^{4,6};
- Melhora os níveis de oxigénio para si e para o seu bebé ^{4,5};
- Torna as contrações mais eficazes ^{4,7};
- Aproveita a ajuda da gravidade ^{1,4,5};
- Ajuda o bebé a encontrar o melhor caminho ^{4,5};
- Ajuda a criar mais espaço para o bebé ^{1,5};
- Facilita a saída do bebé ⁵;
- Ajuda o parto a acontecer mais rápido ^{1,5,7};
- Diminui a dor ^{1,4,5};
- Mais controlo e confiança no parto ^{1,4,5};
- Ajuda o bebé a nascer sem precisar de instrumentos ^{4,5}.

O que é?

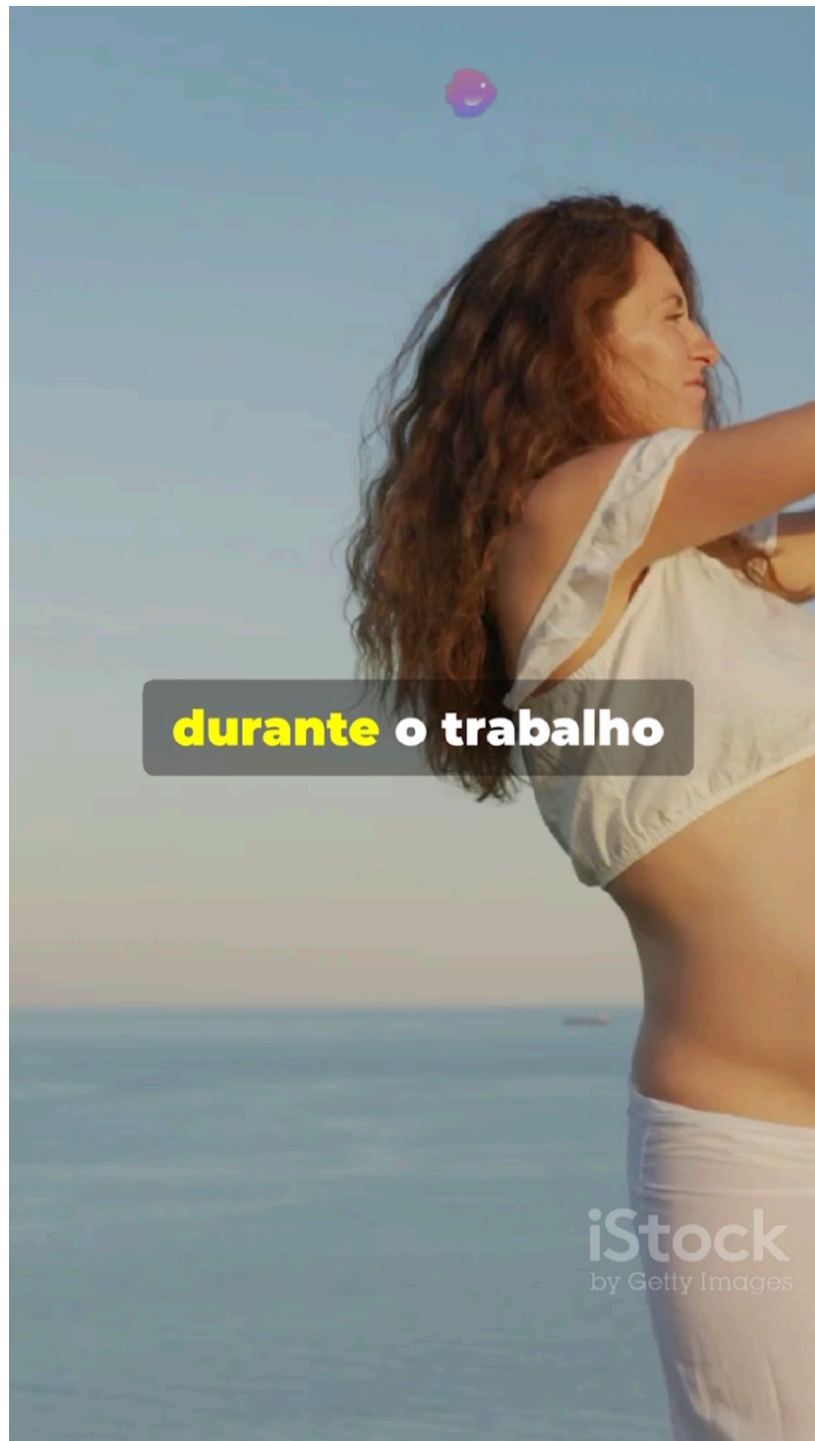
Durante o trabalho de parto (TP) manter-se em posições verticais e em movimento pode trazer diversos benefícios. Estas posições favorecem o encaixe e a descida do bebé pelo canal de parto, facilitando um parto mais fisiológico e confortável ¹.

Recomendações OMS

A OMS recomenda que as mulheres em trabalho de parto tenham liberdade de movimentos, evitando a posição deitada de costas (litotomia), pois esta não favorece a evolução do parto ^{2,3}.

Ouve o teu corpo e escolhe o que funciona melhor para ti!

Apêndice XV - Vídeo Educativo



Apêndice XVI - PowerPoint da temática



ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
CRUZ
VERMELHA
PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório

MOBILIDADE E LIBERDADE DE MOVIMENTOS NA MULHER EM TRABALHO DE PARTO

Elaborado por:
Ana Filipa Martins (nº9215)
1º MESMO da ESSCVP Lisboa

Orientado por:

Profª Manuela Néné

ANO LETIVO 2024/2025



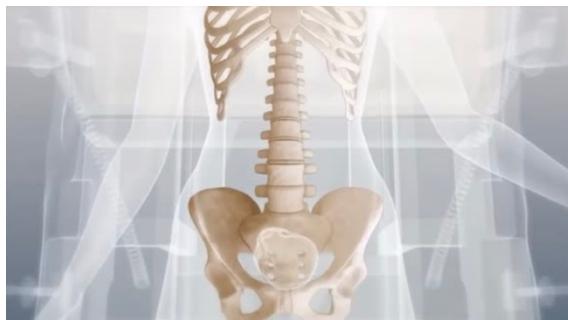
Sabia que, durante o trabalho de parto, não é obrigatório permanecer deitada?

Como imagina que a posição pode influenciar a evolução do trabalho de parto?

OBJETIVO DA SESSÃO

-> Compreender a **bacia** como uma estrutura **móvel**;
-> Compreender as **modificações da bacia** durante o TP;
-> Relacionar e adequar o **posicionamento** da parturiente nos **1º e 2º** estádios do TP, de acordo com a **mobilidade da bacia**, a **descida da apresentação fetal** e a **posição fetal** na pelve materna.





O QUE É O TRABALHO DE PARTO?

Resulta no início de:¹

- Contrações regulares;
- Dilatação do colo;
- Progressão do feto pelo canal de parto.

O TP é dividido em quatro estádios:^{1,2,3}

➤

Primeiro estadio,
conhecido como o
estadio de dilatação.
Fase latente (0 - 4 cm)
Fase ativa (4-10 cm)

➤

Segundo estadio,
conhecido como período
expulsivo.

➤

Terceiro estadio,
conhecido como a
saída da placenta.

➤

Quarto estadio, que
engloba as duas horas
após o parto.



CRITÉRIOS DE INÍCIO TP³

Contrações rítmicas duas em 10 minutos com duração de 50 a 60 segundos;

Colo uterino apagado nas núparas, em **apagamento** nas multiparas;

Dilatação de 3 cm.



HISTÓRICO E EVOLUÇÃO DO PARTO

As mulheres de diferentes culturas, adotavam de forma predominante, posições caracterizadas pela **mobilidade e verticalidade** durante o TP².



A partir do final do século XVI, o aparecimento do **fórceps obstétrico** levou a abordagem a uma intervenção em meio hospitalar⁴.



No final do **século XX**, ocorreu a implementação de recomendações fundamentadas em **evidências científicas e boas práticas para o parto**⁵.



PARTO VERTICALIZADO

Quando a grávida se coloca numa posição em que a região dorsal se **eleva num ângulo superior a 45°** em relação à posição horizontal, na cama ou fora dela, em posição de cócoras, gatas, joelhos, sentada ou em pé⁷.



FATORES QUE INFLUENCIAM TP E PARTO¹

Cinco fatores que influenciam o trabalho de parto :

Passageiro
(Feto e Placenta)



Passagem
(Canal de Parto)



Posição
(Posição Materna);



Power
(Contrações e Esforços Maternos);



Psicológico



ELEMENTOS DO PARTO²

-Canal de parto (trajeto);

- Feto e anexos (objeto);

- Contrações uterinas e dos músculos abdominais (força).



TIPOS DE PARTO³

Parto eutócico é o parto que acontece espontaneamente de um feto com apresentação de vértice, sem intervenção instrumental

Parto distócico é o parto que não acontece espontaneamente e que qualquer tem intervenção cirúrgica ou instrumental em período do trabalho de parto (ventosa, forceps e cesariana).



INTERVENÇÕES PROMOTORAS NA EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO³

Principal objetivo
ajudar cada mulher a sentir-se:

Informada

Confiante

Participação ativa

Escolhas mais conscientes

Consciência corporal

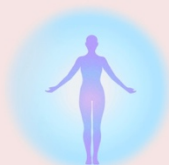
Compreender a **ligação** entre **posições corporais**, **mobilidade** e os **diâmetros pélvicos**

HUMANIZAR O PARTO⁶

Significa colocar a mulher no **centro do processo**, dando-lhe o controle e permitindo que a mesma atue como **agente das suas próprias decisões, participando diretamente nas escolhas** sobre as intervenções a serem realizadas.

- Toque
- Luminosidade
- Ambiente calmo
- Música
- Segurança e suporte

(salas Snoezelen)



EXPERIÊNCIA PÓS-NATAL POSITIVA¹⁰

É definida como aquela em que mulheres, RN, parceiros, pais, cuidadores e famílias recebem **informações, apoio e segurança** de maneira contínua e atenciosa por profissionais de saúde dedicados.





A MULHER TEM O DIREITO DE ESCOLHER MOVIMENTAR-SE E ADOTAR POSIÇÕES QUE FAVOREÇAM O PROGRESSO DO SEU TP.¹¹



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)

A OMS desde 1996, preconiza como práticas eficientes, a **liberdade de movimentos para a mulher grávida**, **invés** da posição de **litotomia**, pois esta **não melhora** a evolução do TP^{10a}.

A OMS, que promove a **humanização do parto**, recomendando que a mulher escolha a posição que se sinta **mais confortável no momento do parto**^{2,13}.



Não existe um modelo ideal de TP ou uma posição de parto que seja universal para todas as mulheres, já que cada mulher é única e o TP é um processo dinâmico².



POTENCIAL DE MOBILIDADE DA PELVE

Para estudar o **posicionamento** da parturiente durante o TP → É essencial considerar a **biomecânica da bacia**, já que os **diâmetros pélvicos** variam conforme a posição adotada¹⁴.



▶ Bacia é uma **estrutura óssea**

▶ Composta por **quatro ossos principais**^{15,16}:

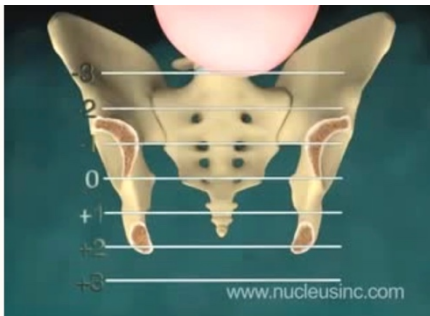
- Dois ossos ilíacos;
- O sacro;
- O cóccix.

MECANISMO DO PARTO⁴

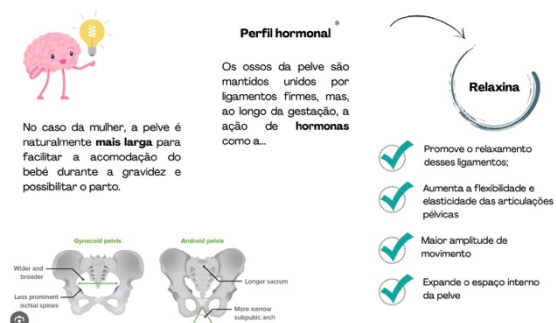
É a **seqüência dos movimentos passivos**, da apresentação fetal, que permitem a passagem através do canal do parto. É o ajuste que o **objeto** faz relativamente ao **trajeto**.




VÍDEO EXPLICATIVO DO MECANISMO ADAPTATIVO DO FETO E DA PELVE DURANTE O TRABALHO DE PARTO



www.nucleusinc.com



MANTER A PELVE “LIVRE”:

Já na parte final do trajeto, quando o nascimento está iminente, o **cóccix desloca-se para trás**, ampliando o diâmetro da saída pélvica e favorecendo a expulsão do bebê.

É essencial que os **ossos da pelve não estejam pressionados** contra superfícies rígidas.

É **recomendado** evitar estar deitada de costas, optando por posições que permitam maior liberdade de movimentos.



BENEFÍCIOS DA MOBILIDADE E A VERTICALIDADE NA PROGRESSÃO DO TRABALHO DE PARTO

- **Melhora a circulação** para si e para o seu bebê⁸;
- Contrações mais **regulares e eficazes**^{2,7,8,13,20};
- **Facilita a descida do bebê**^{2,8,13};
- Ajuda o bebê a **encaixar-se melhor**^{2,13};
- Ajuda a criar **mais espaço** para o bebê nascer^{7,9};



- **Facilita a fase final** do parto⁷;

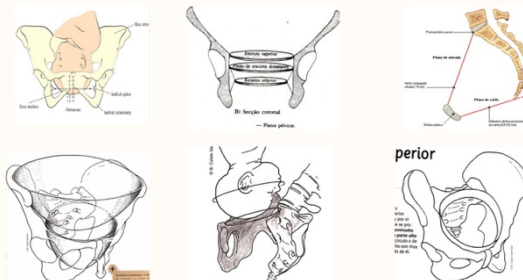
- **Menos dor, mais conforto**^{7,8,13};

- **Mais controle e ligação emocional**^{8,9,13};

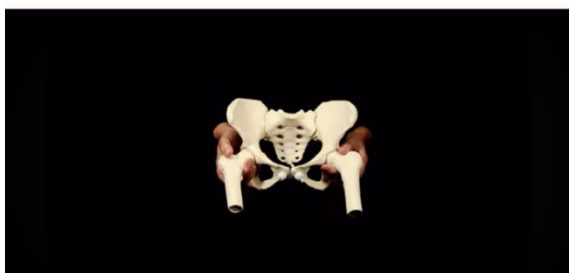
- **Menos necessidade de intervenções** no parto^{9,13}.



MOVIMENTOS DA BACIA:



MOVIMENTOS DA BACIA:

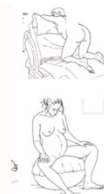


BACIA LIVRE¹⁰

DEFINIÇÃO

Quando a **bacia** se move em **todas as direções**.

✓ Para que a bacia se adapte ao feto durante o parto, o ideal é que esteja livre para permitir os movimentos intrínsecos.



POSIÇÕES PARA FACILITAR A DESCIDA FETAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO:



- Andar
- Subir escadas
- Inclinar-se ligeiramente para a frente ou balançar o corpo



ALÍVIO DA DOR
FACILITAR A PROGRESSÃO

POSIÇÕES PARA FACILITAR A DESCIDA FETAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO:



- Anteversão,
- Retroversão,
- Inclinação lateral,
- Movimentos circulares ou em forma de "8"



PROMOVEM MOBILIDADE PÉLVICA

MOVIMENTOS EXTRÍNSECOS DA BACIA¹⁵

RETROVERSÃO

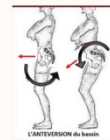
MOVIMENTOS DO ESQUELETO ADJACENTE
Flexão das pernas > 90°



MOVIMENTOS EXTRÍNSECOS DA BACIA¹⁵

ANTEVERSÃO

MOVIMENTOS DO ESQUELETO ADJACENTE
Extensão das pernas



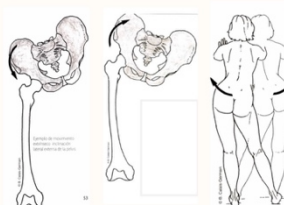
MOVIMENTOS EXTRÍNSECOS DA BACIA¹⁵

INCLINAÇÃO EXTERNA INCLINAÇÃO INTERNA

DESCRIÇÃO DO MOVIMENTO

Inclinação externa

Inclinação interna



MOVIMENTOS EXTRÍNSECOS DA BACIA¹⁵

CIRCUNDUÇÕES

DESCRIÇÃO DO MOVIMENTO

Movimentos circulares orientados em todas as direcções

De "infinito"

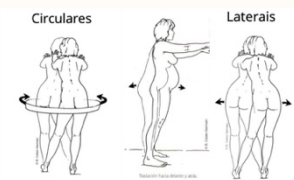


MOVIMENTOS EXTRÍNSECOS DA BACIA²⁸

TRANSLAÇÕES

DESCRIÇÃO DO MOVIMENTO

- Movimento em que a bacia está orientada sempre no mesmo plano;
- A bacia desloca-se para a frente ou para trás; para o lado esquerdo ou direito; e em círculo.



POSIÇÕES PARA FACILITAR A DESCIDA FETAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO:

CÓCORAS

-Apoiar-se numa cama, cadeira ou num acompanhante



AJUDA A AMPLIAR OS DIÂMETROS PÉLVICOS.

POSIÇÕES PARA FACILITAR A DESCIDA FETAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO:

QUATRO APOIOS

-Ajoelhar-se e apoiar-se nas mãos



ALIVIA A DOR LOMBAR
AUXILIAR NA ROTAÇÃO DO BEBÉ

POSIÇÕES PARA FACILITAR A DESCIDA FETAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO:

SENTADA

Manter as pernas afastadas ou inclinar-se ligeiramente para um dos lados.



ALÍVIO DA DOR
FACILITAR A PROGRESSÃO

POSIÇÕES PARA FACILITAR A DESCIDA FETAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO:

Decúbito lateral

-Flexionar a perna superior.



FAVORECER A MOBILIDADE PÉLVICA

POSIÇÕES PARA FACILITAR A DESCIDA FETAL DURANTE O TRABALHO DE PARTO:

ASSIMETRIAS

Posicionar cada perna de forma diferente em qualquer uma das posturas anteriores



FACILITAR O ENCAIXE DO BEBÉ

UTILIDADE DA BOLA DE PARTO[®]

VANTAGENS

- Ajuda o trabalho de parto a evoluir melhor;
- Mais conforto;
- Aproveita a gravidade mesmo em repouso;
- Facilidade para receber massagens.

Existem inúmeros exercícios com a bola em várias posições, como **sentada, de pé ou em quatro apoios**.



BOLA EM FORMA DE AMENDOIM[®]

VANTAGENS

- Ajuda a manter a pelve aberta, favorecendo a descida do bebê.
- Proporciona maior conforto durante o TP.
- É uma alternativa útil para mulheres que não podem deambular, por exemplo, devido ao uso de analgesia epidural ou cansaço.



DISCO INSUFLÁVEL[®]

VANTAGENS

- Facilita o movimento natural da bacia;
- Ajuda o bebê a encaixar-se melhor;
- Alivia o desconforto lombar.



REBOZO[®]

O rebozo é um **pano resistente e macio** utilizado para aplicar diferentes técnicas que promovem o alívio da dor e favorecem a progressão do TP.

A sua aplicação envolve:

- Movimentos que ajudam a bacia a trabalhar melhor;
- Mais conforto e bem-estar.

Usado em diversas posições !

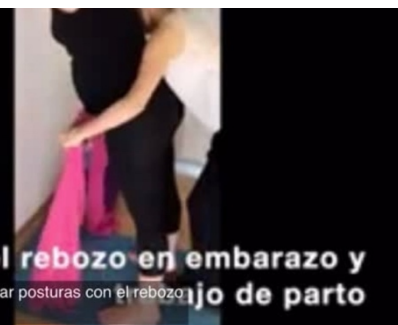


VANTAGENS²

- Facilita a descida do bebê;
- Menos tensão e mais conforto;
- Aumenta a sensação de segurança e tranquilidade.



Uso del rebozo en embarazo y vamos a realizar posturas con el rebozo de parto mexicano



WALKING EPIDURAL² "CAMINHAR COM EPIDURAL"

É uma técnica anestésica que permite à grávida:

Manter a mobilidade durante o TP, pois oferece alívio da dor sem bloquear completamente os movimentos.

-Promove uma participação mais ativa e autônoma à parturiente, uma vez que permite que esta se movimente livremente durante a dilatação e evolução do TP.



VANTAGENS

- Alívio eficaz da dor, permitindo à parturiente manter a percepção das contrações e acompanhar o progresso do feto pelo canal de parto, mas sem sentir desconforto.

A técnica combina uma dose baixa de anestésico local com um opioide, resultando num bloqueio sensorial seletivo que **não compromete** a função motora, pelo que permite que a parturiente deambule durante o TP.

freedom



MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA¹⁸

2. Apresentação fetal na grande bacia, **ACIMA DO ESTREITO SUPERIOR DA BACIA**

POSIÇÃO MATERNA - EM DESCANSO

Ampliação do **estreito superior**

Relaxar os músculos das costas –

aplicação de calor e massagens

Ausência de apoio na parte alta do sacro



MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA¹⁸

2. Apresentação fetal na grande bacia, **ACIMA DO ESTREITO SUPERIOR DA BACIA**

POSIÇÃO MATERNA - EM MOVIMENTO

Ampliação do **estreito superior**

Possibilitar o movimento da bacia – **Bacia Livre**

- De pé, a deambular

- Sentada, na bola de partos



MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA

3. Apresentação fetal passa **O ESTREITO SUPERIOR DA BACIA** - Apresentação encravada

POSIÇÃO MATERNA - **EM DESCANSO**

Ampliação do **estreito superior**



DE LADO com perna em extensão e outra em pequena flexão c/ bola de amendoim



SENTADA com Rotação externa das pernas

MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA

3. Apresentação fetal passa **O ESTREITO SUPERIOR DA BACIA** - Apresentação encravada

POSIÇÃO MATERNA - **EM MOVIMENTO**

Ampliação do **estreito superior**

DE PÉ
com as pernas em extensão



DE PÉ
com as pernas em rotação externa



DE PÉ
Com uma perna em extensão e outra em pequena flexão



MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA

3. Apresentação fetal passa **O ESTREITO SUPERIOR DA BACIA** - Apresentação encravada

POSIÇÃO MATERNA - **EM MOVIMENTO**

Ampliação do **estreito superior**

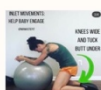
SENTADA NA BOLA com as pernas em rotação externa



DE COCORAS



DE JOELHOS



MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA

4. Apresentação fetal na **ESCAVAÇÃO PÉLVICA** - Encravamento fetal

POSIÇÃO MATERNA - **EM DESCANSO**

É necessário ampliar o plano de **menor diâmetro**

Decúbito lateral

Perna superior em flexão 90° + rotação interna
Perna inferior esticada



Alternar as assimetrias dos M's
para mover as espinhas isquáticas



De Gatas



MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA

4. Apresentação fetal na **ESCAVAÇÃO PÉLVICA** - Encravamento fetal

POSIÇÃO MATERNA - **EM MOVIMENTO**

É necessário ampliar o plano de **menor diâmetro**

De Pé



Passar da rotação externa à rotação interna das pernas



Assimetria dos membros inferiores:



MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA

4. Apresentação fetal na **ESCAVAÇÃO PÉLVICA** - Encravamento fetal

POSIÇÃO MATERNA - **EM MOVIMENTO**

É necessário ampliar o plano de **menor diâmetro**

Na Bola de Pilates



MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA

5. Apresentação fetal passa o **PLANO DE MENOR DIÂMETRO**

POSIÇÃO MATERNA - **EM DESCANSO**

Ampliação do plano de **menor diâmetro**

Decúbito lateral

Varier a posição das pernas e de lado
Fazer grandes flexões e rotações internas da perna

Assimetria dos membros inferiores:
Perna superior em flexão $> 90^\circ$ + rotação interna



MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA

5. Apresentação fetal passa o **PLANO DE MENOR DIÂMETRO**

POSIÇÃO MATERNA - **EM DESCANSO**

Ampliação do plano de **menor diâmetro**

De gatas

Fazer grandes flexões e rotações internas da perna



MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA

5. Apresentação fetal passa o **PLANO DE MENOR DIÂMETRO**

POSIÇÃO MATERNA - **EM DESCANSO**

Ampliação do plano de **menor diâmetro**

De gatas

Assimetria dos membros inferiores



MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA

5. Apresentação fetal passa o **PLANO DE MENOR DIÂMETRO**

POSIÇÃO MATERNA - **EM MOVIMENTO**

Ampliação do plano de **menor diâmetro**

De pé

Alternar as assimetrias



MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA

5. Apresentação fetal passa o **PLANO DE MENOR DIÂMETRO**

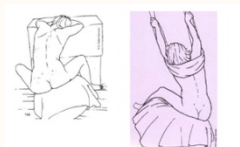
POSIÇÃO MATERNA - **EM MOVIMENTO**

Ampliação do plano de **menor diâmetro**

Na bola de partos

Insistir nas rotações internas

Alternar as assimetrias



MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA

5. Apresentação fetal passa o **PLANO DE MENOR DIÂMETRO**

POSIÇÃO MATERNA - **EM MOVIMENTO**

Ampliação do plano de **menor diâmetro**

De Cócoras

Marcha de "rã"

Grande flexão da coluna
Grande Assimetria dos membros inferiores



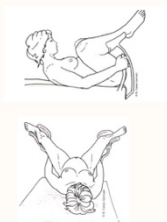
MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA¹⁵

6. Apresentação fetal passa o **ESTREITO INFERIOR**

Decúbito dorsal

Ampliação do **estreito inferior**

Eliminar qualquer apoio do **sacro**, na sua parte baixa!!



MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA¹⁶

6. Apresentação fetal passa o **ESTREITO INFERIOR**

Decúbito Lateral

Ampliação do **estreito inferior**

Flexão >90° + rotação interna (agarrar as pernas pela parte externa)



No momento da expulsão,



evite deixar os pés para DENTRO e os joelhos para FORA.

MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA¹⁷

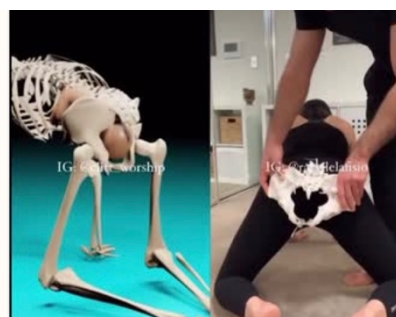
6. Apresentação fetal passa o **ESTREITO INFERIOR**

De Gatas

Ampliação do **estreito inferior**

Rotação interna das pernas

Flexão das pernas > 90°



MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA ³⁵

6. Apresentação fetal passa o **ESTREITO INFERIOR**

De Cócoras

- Ampliação do **estreito inferior**



MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA ³⁵

6. Apresentação fetal passa o **ESTREITO INFERIOR**

Sentada na Marquesa

- Ampliação do **estreito inferior**

Eliminar qualquer apoio do sacro, na sua parte baixa
Rotação interna das pernas



MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA ³⁵

6. Apresentação fetal passa o **ESTREITO INFERIOR**

Sentada no banco

- Ampliação do **estreito inferior**

Eliminar qualquer apoio do sacro, na sua parte baixa.

Pernas em flexão > 90° + rotação interna.

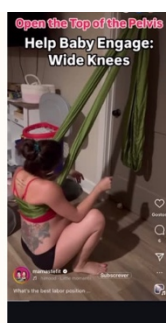


MOVIMENTOS DA BACIA E POSIÇÃO MATERNA ³⁵

6. Apresentação fetal passa o **ESTREITO INFERIOR**

- Ampliação do **estreito inferior**

Rotação interna dos M's promovem uma maior abertura do estreito inferior proporcionando mais espaço durante a realização de esforços expulsivos



PARTO VERTICAL



PODE SOLICITAR NO TEU PLANO DE PARTO



LEGISLAÇÃO E DIREITOS DA MULHER EM TP

Restringir a mobilidade e liberdade de movimentos e impedir posições confortáveis durante o TP são **práticas inadequadas**, caracterizadas como desrespeito e abuso, por **violarem os direitos das parturientes**⁽¹⁾.



Em Portugal, a Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro esta lei reforça os direitos das mulheres durante o TP, incluindo na liberdade de movimentos. Especificamente, o artigo 15.º-A, alínea g), reconhece o **direito à liberdade, autonomia e autodeterminação**, incluindo o direito a não serem coagidas⁽²⁾.



JÁ ESCOLHEU A POSIÇÃO VERTICAL PARA ADOTAR DURANTE O TRABALHO DE PARTO E PARTO?



REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS



Apêndice XVII - Roteiro informal

Roteiro Informal

“Mobilidade e Liberdade de Movimentos em Trabalho de Parto”

Apresentação e consentimento informal

“O meu nome é Filipa, sou enfermeira e estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa. No âmbito do meu Relatório de Estágio, estou a desenvolver um estudo sobre a “Mobilidade e Liberdade de Movimentos na Mulher em Trabalho de Parto”. Pretendo, através de uma breve conversa informal, compreender quais os fatores que, em contexto hospitalar, podem limitar a mobilidade e a liberdade de movimentos das grávidas internadas, com a finalidade de promover estratégias facilitadoras e valorizar o protagonismo da mulher durante o trabalho de parto. A participação é voluntária, terá uma duração estimada entre a 10-15 minutos, decorrerá num espaço que assegure a privacidade (onde se sentir mais confortável) e todo o conteúdo partilhado será confidencial.”

1. Experiência atual e perceção sobre liberdade e mobilidade de movimentos em Trabalho de Parto

- Como descreve a sua experiência desde que foi internada neste serviço (internamento de grávidas)?
- Desde que está internada, sente que consegue movimentar-se livremente pelos espaços disponíveis, como o quarto, o serviço ou a sala de experiências positivas?
- Já foi incentivada por algum profissional de saúde a movimentar-se ou a adotar outras posições durante o seu internamento (ex: no leito, bola de parto)?

2. Conhecimento e informação

- Já lhe foi transmitida alguma informação sobre como o movimento e certas posições a podem ajudar durante o seu trabalho de parto?

- Já tinha ouvido falar nos benefícios da mobilidade durante o trabalho de parto (por exemplo, nos cursos de preparação para o parto e parentalidade) ?
 - Sente que tem informação suficiente sobre os movimentos e posições que pode adotar durante o seu trabalho de parto?
-

3. Barreiras percebidas

- Sente que alguma situação ou condição tem limitado os seus movimentos enquanto está internada? Pode descrever? (por exemplo: desconforto, medo, espaço físico, monitorização com CTG, regras da instituição...)
 - Alguma vez sentiu que foi orientada ou incentivada a permanecer deitada, em vez de se movimentar?
 - A presença ou ausência de um acompanhante afeta a sua vontade de se movimentar? Pode explicar como?
-

4. Aspetos emocionais e ambientais

- Este ambiente hospitalar tem afetado, de alguma forma, o seu bem-estar emocional?
 - Acha que o espaço físico e os recursos do serviço facilitam ou dificultam a mobilidade?
 - Se pudesse sugerir alguma melhoria que facilitasse a sua mobilidade e liberdade de movimentos enquanto está internada, o que sugeriria?
-

5. Expectativas e desejos para o parto

- Já refletiu sobre os movimentos ou posições que gostaria de adotar durante o seu trabalho de parto?
- O que considera importante que a equipa de enfermagem faça para a apoiar durante o seu trabalho de parto?

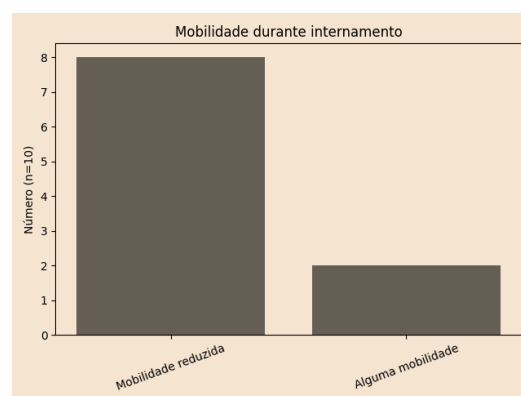
Aspetos a ter em atenção no registo das notas de campo

- Registrar as notas de campo de forma descritiva e detalhada.
- Observar a linguagem não verbal da grávida: conforto ao falar sobre a temática, tom de voz, postura, hesitações.
- Analisar padrões comuns e fatores recorrentes nas respostas para fundamentar a análise.

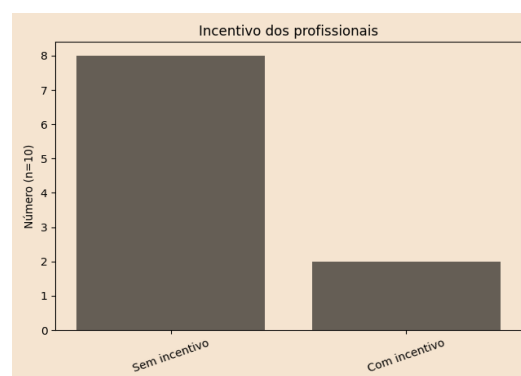
Apêndice XVIII - Respostas roteiro informal

Foram recolhidas **10 respostas** através da aplicação de um roteiro informal dirigido a grávidas internadas no serviço.

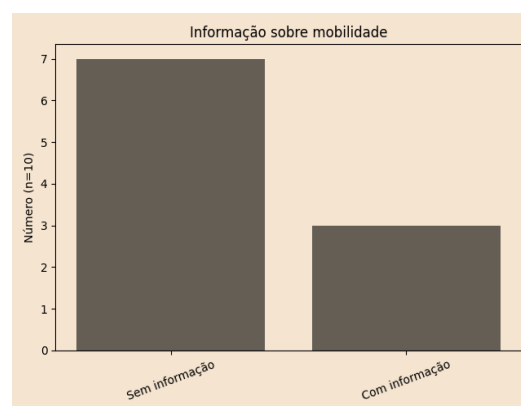
Verificou-se que 80% (n=8) das grávidas apresentam mobilidade reduzida durante o internamento, permanecendo maioritariamente no leito, enquanto apenas 20% (n= 2) referiram alguma mobilidade, ainda que condicionada.



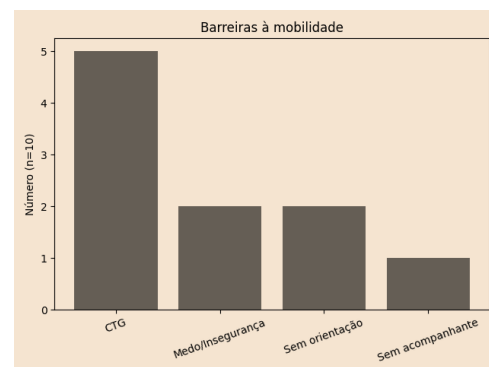
Observa-se que 80% (n=8) das grávidas referem não ter sido incentivadas, sendo que apenas 20% (n= 2) relataram incentivo por parte dos profissionais de saúde.



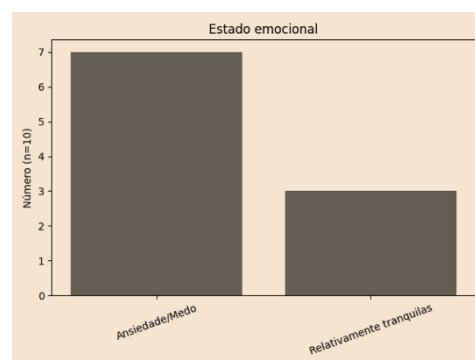
Constatou-se que 70% (n=7) das grávidas não receberam qualquer informação sobre os benefícios da mobilidade durante o TP, enquanto apenas 30% (n=3) referem ter tido contacto com esta informação, maioritariamente fora do contexto hospitalar.



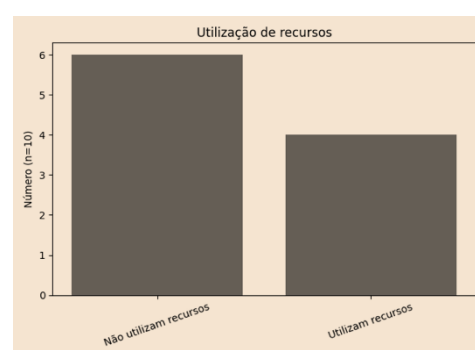
Relativamente às barreiras identificadas, destacou-se que 50% (n=5) das grávidas referiram a monitorização intermitente por CTG como principal fator limitador, de seguida 20% (n=2) identificaram o medo e a insegurança e 20% (n=2) referiram a ausência de orientação por parte dos profissionais de saúde. Adicionalmente, 10% (n=1) referiram a ausência do acompanhante como fator limitador.



Verificou-se que 70% (n=7) das grávidas apresentaram sentimentos de ansiedade e medo durante o internamento, enquanto 30% (n=3) referiram estar relativamente tranquilas, embora com alguma insegurança.



Observou-se que 60% (n=6) das grávidas não utilizam os recursos disponíveis no serviço, como bolas de parto ou espaços adequados à mobilidade, sendo que apenas 40% (n=4) referem a sua utilização.



Apêndice XIX - Cartaz informativo

Escola Superior de Saúde
da Cruz Vermelha
Portuguesa - Lisboa

BOLA DE PARTO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

.....➔ O uso da bola de parto teve início na década de 1980, numa maternidade na Alemanha, com a crença de que ajudava o bebé a descer na bacia e a posicionar-se corretamente para o parto¹⁻³.

TERMO UTILIZADO^{1,3,4}

A **bola de parto**, também conhecida como bola suíça, bola de nascimento ou birth ball, é feita de **material resistente** e **confortável**, usada para **ajudá-la** durante o seu **trabalho de parto**.

OMS^{2,3,5}

Recomenda o uso da **bola de parto** enquanto estratégia não farmacológica, ajudando-a a sentir **conforto, segurança, respeito e confiança** durante todo o processo.

RECOMENDAÇÕES^{2,6,7}

Diâmetro da bola entre 55 cm e 65 cm, ajustado à sua altura;
 Ângulo do joelho a 90°; Usar calçado antiderrapante; Pés apoiados no chão;
 Realizar exercícios perto de suportes fixos (risco de queda);
 Verificar se a bola está completamente insuflada e sem defeitos antes do uso.

Ajuda na evolução do parto

Estimula a mobilidade e verticalidade

Contribui para o bem-estar emocional

Promove alívio da dor

Fortalece e relaxa a musculatura

Diminui partos instrumentados

BENEFÍCIOS¹⁻⁷

EXERCÍCIOS^{2,6,7}

Estudante:
Ana Filipa Martins

Supervisora Pedagógica:
Manuela Néné

Apêndice XX - Recolha de notas de campo da aplicação do roteiro informal

Recolha de Notas de Campo da aplicação do Roteiro Informal

Tema: Mobilidade e Liberdade de Movimentos na Mulher em Trabalho de Parto.

Objetivo: Compreender como as puérperas vivenciaram o trabalho de parto, relativamente à liberdade de movimentos e à adoção de posições que facilitaram a progressão do trabalho de parto.

“O meu nome é Filipa, sou enfermeira e estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa. No âmbito do meu Relatório de Estágio, estou a desenvolver um estudo sobre a “Mobilidade e Liberdade de Movimentos na Mulher em Trabalho de Parto”. Como parte deste trabalho, estou a realizar pequenas conversas informais com mulheres no pós-parto, com o objetivo de compreender como viveram essa experiência, nomeadamente no que diz respeito à possibilidade de se movimentarem e adotarem posições livres durante o trabalho de parto. A sua partilha poderá ajudar a identificar fatores que facilitam ou limitam essa liberdade e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados. A participação é voluntária, a conversa terá uma duração de cerca de 10 a 15 minutos, será realizada num local confortável e privado, e toda a informação será tratada com total confidencialidade.”

1. Poderia contar-me, de forma geral, como foi o seu trabalho de parto?

(Objetivo: captar o enquadramento geral da experiência)

- Resposta aberta

2. Durante o trabalho de parto, sentiu que podia movimentar-se de forma livre? Por exemplo, andar, mudar de posição, sentar-se, etc.?

(Objetivo: identificar a perceção de liberdade física)

Resposta aberta

3. Alguém da equipa de saúde incentivou-a ou orientou-a a adotar posições diferentes ou a movimentar-se? Se sim, de que forma?

(Objetivo: perceber o papel da equipa na promoção da mobilidade)

Resposta aberta

4. Que posições ou movimentos realizou durante o trabalho de parto? (por exemplo: deambular, sentar-se na bola, de cócoras, em pé, etc.)

(Objetivo: identificar práticas adotadas)

Resposta aberta

5. Sentiu-se confortável e segura nas posições que adotou? O que a fez sentir-se assim (ou não)?

(Objetivo: Identificar as diferenças entre conforto emocional e mobilidade)

Resposta aberta

6. Em algum momento sentiu-se desencorajada ou impedida de se movimentar? O que contribuiu para isso?

(Exemplo: ligação ao CTG, espaço físico, medo, orientações da equipa)

Resposta aberta

7. Considera que a mobilidade ajudou a aliviar a dor ou a tornar o trabalho de parto mais suportável? De que forma?

Resposta aberta

8. Sente que teve um papel ativo nas decisões relacionadas com o seu corpo e com o seu parto? Sentiu-se ouvida?

(Objetivo: Identificar o protagonismo da mulher no processo)

Resposta aberta

9. Se pudesse voltar atrás, teria feito algo diferente em relação à sua mobilidade durante o parto? Porquê?

Resposta aberta

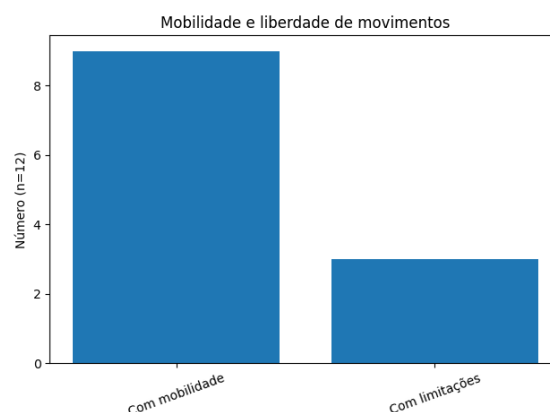
10. Gostaria de partilhar alguma sugestão ou mensagem que pudesse ajudar outras mulheres ou os profissionais de saúde sobre este tema?

Resposta aberta

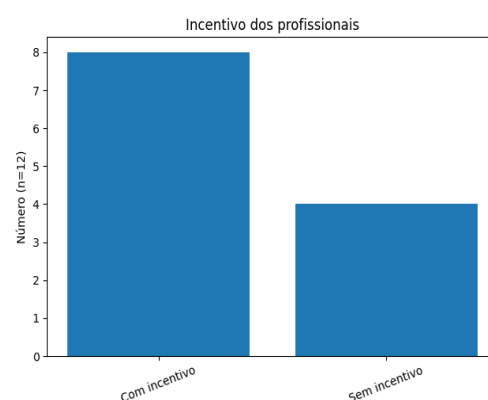
Este questionário é uma **entrevista informal**, com espaço para escuta ativa, sendo posteriormente útil para **notas de campo**.

Apêndice XXI - Resultados das notas de campo da aplicação do roteiro informal

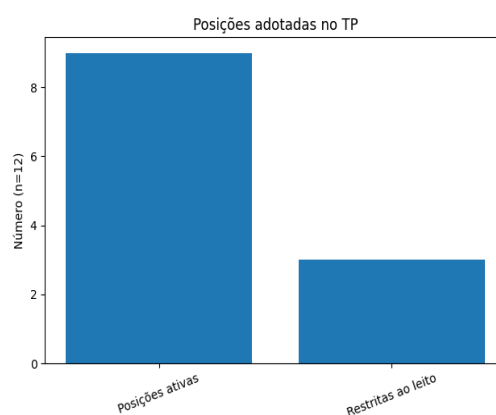
Verificou-se que aproximadamente 75% (n=9) das puérperas referiram ter experienciado a mobilidade e liberdade de movimentos, enquanto 25% (n=3) referiu limitações neste âmbito.



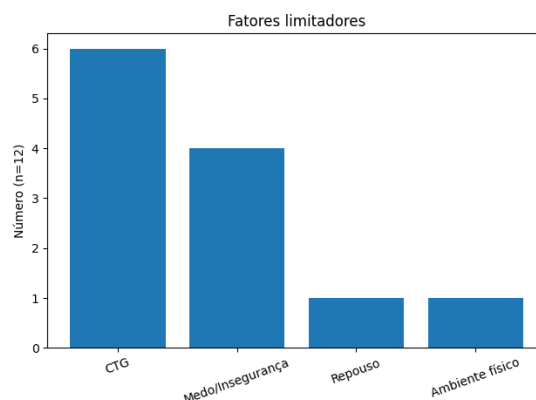
Relativamente à intervenção da equipa de saúde, cerca de 67% (n=8) das puérperas referiram ter recebido incentivo para a mobilidade, através da orientação para posições alternativas às posições horizontais, enquanto 33% (n=4) não identificaram esse incentivo.



Relativamente às posições ou movimentos que relataram terem utilizado mais durante o TP, 75% (n=9) referiram a deambulação, exercícios na bola e posição de cócoras (mencionando que se sentiram confortáveis e seguras nas posições e movimentos que adotaram), as restantes parturientes ficaram mais restritas ao leito 25% (n=3).



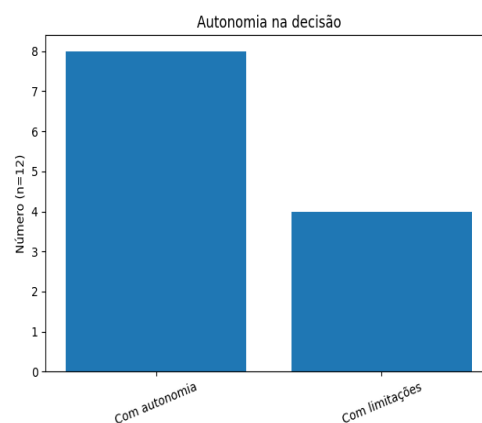
No que concerne aos fatores limitadores da mobilidade, destacaram-se como principais constrangimentos: a monitorização contínua por CTG, referida por cerca de 50% (n=6) das puérperas; orientações para repouso 10% (n=1); sentimentos de medo e insegurança 30% (n=4) e limitações associadas ao ambiente físico e à acessibilidade dos recursos 10% (n=1).



Ao nível da experiência emocional, verificou-se que a maioria das mulheres 75% (n=9) relatou sentimentos de conforto, controlo e segurança durante o TP, frequentemente associados à mobilização e participação ativa. Por outro lado, uma menor proporção 25% (n=3) descreveu sentimentos de ansiedade e insegurança, sobretudo relacionados com a falta de informação ou apoio.



Relativamente à autonomia, observou-se que 67% (n=8) das puérperas referiram ter tido participação ativa e autonomia na tomada de decisão, enquanto 33% (n=4) sentiram limitações neste domínio. Ainda assim, algumas mulheres 33% (n=4) referiram que teriam beneficiado de maior informação e apoio, o que poderia ter potenciado ainda mais a sua capacidade de decisão e envolvimento no processo.



Apêndice XXII - Marcador de livro

“Mover para Cuidar”

Saúde Pélvica no Pós-Parto




Exercícios kegel

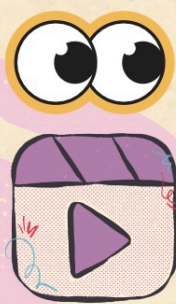
A prática regular deste exercício no pós-parto ajuda a prevenir problemas como a incontinência urinária e fortalece o pavimento pélvico ¹.



Básculas

As básculas pélvicas são movimentos da bacia que ajudam a ²:

- ◆ Alivia a tensão/postura lombar;
- ◆ Reaprender a respirar;
- ◆ Ajuda na ativação dos músculos da zona abdominal e pélvica .





Se tiver dúvidas ou sentir algum desconforto, fale com um
Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Elaborado por:
 Ana Filipa Martins (n.º 9215)
 1.º MESMO da ESSCVP
 Lisboa

Orientado por:
 Prof.ª Manuela Néné

1 - Oliveira APA de, Cardoso LA. A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA PÉLVICA NO PÓS-PARTO: REABILITAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação [Internet]. 2024 Oct 16;10(10):2772-84. Available from: <https://periodicorease.pro.br/rease/articla/view/16188>

2 - Pena B, Ferreira dos Santos MA, Cardoso C. Reflexão para a Construção do Plano Pós-Parto [Internet]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL); 2024. Available from: https://www.esel.pt/sites/default/files/REFLEX%C3%83O_PARA_A_CONSTRU%C3%87%C3%83O_DO_PLANO_P%C3%93S-PARTO_VF.pdf

Apêndice XXIII - Vídeo informativo



Apêndice XXIV - Guia informativo

GUIA: Marcador

Olá! Se acabaste de ser mãe, este vídeo é para ti.

Vamos mostrar-te dois exercícios simples que podes fazer durante e após o internamento no serviço de puerpério:

Os **exercícios de Kegel** e as **básculas pélvicas** são fáceis de fazer, não causam dor e podem ser realizados de forma discreta. São uma ajuda importante para a tua recuperação no pós-parto, trazendo mais conforto e bem-estar.

O que é o Pavimento Pélvico?

O **pavimento pélvico** é um grupo de músculos que sustenta os órgãos da zona inferior do abdómen, como a bexiga, o útero e o intestino (1).

Durante a gravidez e o parto, o pavimento pélvico sofre grandes transformações que podem resultar em **disfunções significativas**, como: (1,2)

- Incontinência urinária;
- Incontinência anal;
- Disfunção Sexual;
- Prolapsos dos órgãos pélvicos;
- Dor crónica.

Exercícios Kegel no Pós-Parto

Os **exercícios de Kegel** consistem em contrair e relaxar os músculos do pavimento pélvico, que sustentam a bexiga. A prescrição destes exercícios deve ser individualizada conforme as necessidades de cada mulher (2,3,4).

Os exercícios de Kegel, fortalecem o pavimento pélvico, contribuindo para melhorar a incontinência urinária (2, 3).

São simples de executar e podem ser realizados em casa. Mas para serem eficazes, devem ser praticados corretamente e com regularidade ao longo de várias semanas. Os exercícios de Kegel podem ser realizados em diversas posições: deitada, sentada ou em pé, o que

facilita a introdução desta prática à sua rotina diária. Em primeiro lugar deve sempre esvaziar a bexiga e de seguida contrair os músculos pélvicos de forma voluntária (2,3,4).

O número de contrações, a duração do tempo de espera e as séries variam entre as mulheres. Atualmente, não existe um protocolo padronizado para os exercícios de Kegel, mas existem regras como: (3)

- Identificar os músculos apropriados que param ou diminuem a velocidade da micção;
- Contrair os músculos conforme mencionada anteriormente de maneira correta;
- Repetir o ciclo várias vezes.

Nas **contrações rápidas**, deve contrair e relaxar os músculos do pavimento pélvico rapidamente, estas ajudam o corpo a responder melhor a esforços súbitos, como tossir, espirrar ou rir (3).

Nas **contrações lentas**, deve contrair os músculos e manter a contração durante alguns segundos antes de relaxar, este tipo de exercício reforça os músculos de forma mais profunda e duradoura (3).

A Associação Portuguesa de Urologia recomenda a prática diária dos exercícios de Kegel, podendo, em alguns casos, ser aconselhada a sua realização duas vezes por dia. Cada contração deve manter-se durante 10 segundos, seguida de um relaxamento de 20 segundos, repetindo-se o ciclo por 10 vezes. No final de cada série, deve ser feito um intervalo de repouso de, pelo menos, 1 minuto (3).

Básculas no Pós-Parto

Durante o parto, os músculos do pavimento pélvico e os tecidos que os sustentam podem ficar demasiado relaxados, o que pode levar, mais tarde, à descida do útero — conhecida como prolapso uterino (5).

Durante a gravidez a parede abdominal vai distender, podendo originar a rutura de fibras da pele e diástase dos músculos retos do abdómen (5).

Caso não haja nenhuma contraindicação é recomendado realizar atividade física regular durante todo o período pós-parto, com diversidade na atividade física e de fortalecimento muscular (6).

Deve ter em atenção nas primeiras 4-5 semanas após o parto, pois os ligamentos e tendões ainda se encontram relaxados durante o período pós-parto inicial, pelo que poderá existir um risco aumentado de lesão (7).

Exercício: Elevação da bacia deitada (7)

1. **Deita-te de costas**, com os joelhos dobrados e os pés bem assentes no colchão.

Os braços ficam ao lado do corpo, com as palmas viradas para cima.

2. Mantém a zona lombar relaxada, sem forçar a curvatura das costas.
3. **Inspira profundamente**, enchendo o abdómen de ar.
4. Ao **expirar**, contrai suavemente os abdominais — como se quisesses colar o umbigo às costas — e **levanta ligeiramente a bacia**, cerca de 2 a 3 centímetros.
5. Mantém o movimento fluido e controlado.



Fig. 43. Elevação pélvica deitada (1).



Fig. 44. Elevação pélvica deitada (2).

1. **Senta-te bem direita** numa bola de parto, com os pés paralelos e afastados à largura das ancas.

Coloca as mãos sobre os joelhos e mantém as costas alinhadas, sem forçar.

2. **Inspira profundamente**, enchendo o abdómen de ar.
3. Ao **expirar**, contrai os abdominais — pensa em “puxar o umbigo para dentro” — e faz um movimento suave de rotação da bacia, **empurrando ligeiramente as ancas para baixo e rolando a bola um pouco para a frente**.

25º - Elevação pélvica sentada

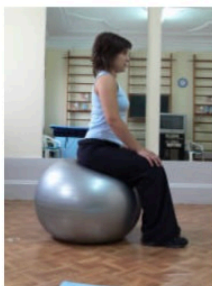


Fig. 47. Elevação pélvica sentada (1).



Fig. 48. Elevação pélvica sentada (2).

Objetivos dos exercícios (7):

- Melhorar a respiração de forma consciente e eficaz;
- Reforçar os músculos abdominais de forma progressiva;
- Promover o alongamento e o alívio de tensões na zona lombar.

Exercitar o pavimento pélvico regularmente ajuda a manter a sua função normal.

Se tiver dúvidas ou sentir algum desconforto, fale com um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Referências Bibliográficas

1. Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras. PROMOVER A SAÚDE DO PAVIMENTO PÉLVICO. [cited 2025 Jun 28]; Available from:
<https://apeo.pt/portuguese-journal-of-midwives/>
2. Oliveira APA de, Cardoso LA. A IMPORTÂNCIA DA FISIOTERAPIA PÉLVICA NO PÓS-PARTO: REABILITAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação [Internet]. 2024 Oct 16;10(10):2772–84. Available from:
<https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/16188>
3. Silveira T dos S, Cabral FD. BENEFÍCIOS DA PRÁTICA DOS EXERCÍCIOS DE KEGEL APLICADA EM GESTANTES. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação. 2021 Dec 30;7(12):392–406.
4. Ferreira Costa E, Carlos A, Barbosa B. XIX SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE CIÊNCIAS INTEGRADAS DA UNAERP-CAMPUS GUARUJÁ A importância do fortalecimento do assoalho pélvico durante a gestação: Uma revisão bibliográfica [Internet]. [cited 2025 Jun 28]. Available from:
<https://www.unaerp.br/documentos/5165-the-importance-of-pelvic-floor-strengthening-during-pregnancy-a-literature-review/file>
5. Néné M, Marques R, Batista M. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica . Lidel. 2016. 438–442 p.
6. Pena B, Ferreira dos Santos MA, Cardoso C. Reflexão para a Construção do Plano Pós-Parto [Internet]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL); 2024. Available from:
https://www.esel.pt/sites/default/files/REFLEX%C3%83O_PARA_A_CONSTRU%C3%87%C3%83O_DO_PLANO_P%C3%93S-PARTO_VF.pdf
7. Sofia A, Queirós M. Actividade Física no Período Pós-parto [Internet]. 2007 [cited 2025 Jun 28]. Available from:
https://sigarra.up.pt/fep/pt/pub_geral.show_file?pi_doc_id=254

Apêndice XXV - Observação estruturada da mobilidade da parturiente

Proposta de Atividade: Observação Estruturada da Mobilidade da Parturiente

1. Enquadramento

A **mobilidade e liberdade de movimentos durante o trabalho de parto** são amplamente recomendadas pela **OMS** ¹ e pela **MCEEESMO-OE** ² como boas práticas que promovem a progressão fisiológica do parto, reduzem intervenções médicas e melhoram a experiência da mulher.

Contudo, no contexto hospitalar ainda persistem **barreiras estruturais, culturais e organizacionais** que limitam a sua implementação.

A criação de um **roteiro de observação estruturada** permitirá recolher dados objetivos e subjetivos sobre as posições adotadas, a forma como são incentivadas e os efeitos percebidos na evolução do trabalho de parto, servindo simultaneamente como ferramenta de registo e reflexão.

2. Objetivos da Atividade

Objetivo Geral

- Averiguar a mobilidade e a liberdade de movimentos das parturientes no bloco de partos, através das posições adotadas, estímulos recebidos e o impacto no conforto materno e na progressão do trabalho de parto.

Objetivos Específicos

1. **Registar** de forma sistemática as posições e movimentos corporais utilizados pelas mulheres em trabalho de parto.
2. **Identificar** quem promove/incentiva a mobilidade (equipa de enfermagem, médico, acompanhante ou iniciativa própria).
3. **Analisar** a relação entre as posições adotadas e a perceção de conforto/dor, bem como a evolução do trabalho de parto.
4. **Refletir** sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) na promoção da autonomia da mulher.

5. **Refletir** sobre a evidência local, contribuindo para a elaboração de recomendações e a melhoria contínua das práticas institucionais.

3. Pertinência para o Relatório de Estágio

- Permite incluir no relatório uma **análise prática** diretamente relacionada com a temática do relatório (*Mobilidade e Liberdade de Movimentos*).
- Gera **dados quantitativos e qualitativos** que podem ser apresentados em forma de tabelas ou gráficos (ex.: % de mulheres que adotaram posições verticais; média da percepção de dor).
- Demonstra **capacidade de investigação** (recolha de evidência para suportar a reflexão crítica).
- Reforça a ligação entre **recomendações internacionais (OMS, ACOG, APEO)** e a realidade prática local exercida.

Roteiro de Observação da Mobilidade e Liberdade de Movimentos da Parturiente

1. Identificação da Parturiente

- Código de anonimização: _____
- Idade materna: _____
- Estado civil: _____
- Escolaridade: _____
- Idade gestacional: _____
- Paridade: Nulípara ☐ / Multípara ☐
- Antecedentes relevantes (obstétricos/ clínicos): _____
- Analgesia: Sem ☐ / Epidural ☐ / Walking epidural ☐ / Outro: _____

2. Trabalho de Parto

- Estádio: Latente ☐ / Ativo ☐ / Expulsivo ☐
- Dilatação cervical na admissão: _____ cm
- Apresentação fetal: _____
- Posição fetal: OA ☐ / OP ☐ / Outro: _____
- Bolsa: Íntegra ☐ / Rota espontânea ☐ / Rota artificial ☐

3. Posições Adotadas (marcar com hora de início e duração aproximada)

Hora	Posição	Duração	Espontânea/Incentivada	Observações (efeitos, conforto, CTG)
	Deambulação ☐		Esp. ☐ / Inc. ☐	
	Em pé (fixa/dinâmica) ☐		Esp. ☐ / Inc. ☐	
	Sentada (cama/banco/bola) ☐		Esp. ☐ / Inc. ☐	
	Decúbito lateral (E/D) ☐		Esp. ☐ / Inc. ☐	
	Quatro apoios ☐		Esp. ☐ / Inc. ☐	
	Cócoras ☐		Esp. ☐ / Inc. ☐	
	Litotomia ☐		Esp. ☐ / Inc. ☐	
	Outras: _____		Esp. ☐ / Inc. ☐	

4. Estímulos/Indicações para Mobilidade

- Iniciativa própria da mulher ☐
- Incentivo da equipa de enfermagem ☐
- Indicação médica ☐
- Estímulo do acompanhante ☐
- Limitação institucional/protocolo ☐
- Outro: _____

5. Impacto na Mulher

- **Percepção de conforto/dor (Escala 0–10):** Antes: ____ / Depois: ____
- **Adesão às propostas de mobilidade:** Elevada ☐ / Moderada ☐ / Baixa ☐
- **Feedback verbal da parturiente:**

- **Fadiga/limitação física observada:** Sim ☐ / Não ☐ – Qual?

6. Impacto Clínico Observado

- **Eficácia das contrações uterinas:** Aumentou ☐ / Igual ☐ / Diminuiu ☐
- **Progressão da dilatação (cm/hora):** _____
- **Descida da apresentação fetal (plano de De Lee):** _____
- **Alterações no CTG:** Normal ☐ / Bradicardia ☐ / Taquicardia ☐ /
Desacelerações ☐
- **Necessidade de intervenções médicas:** Não ☐ / Sim ☐ → Quais?

7. Papel do Acompanhante

- Presente e ativo ☐ / Presente mas passivo ☐ / Ausente ☐
- Incentivou mobilidade? Sim ☐ / Não ☐
- Tipo de apoio: físico ☐ / emocional ☐ / ambos ☐

8. Comentários do Observador (estudante EESMO)

Referencias. Bibliográficas

1. WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization; 2018. 200 p.
2. Cardoso A, Aires C, Machado S, Silva C, Grilo AR, Cerejeira I, et al. 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. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica-Mandato 2020-2023 REVISTO PELOS PERITOS [Internet]. 2023. Available from: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>

Apêndice XXVI - Resultados estruturados da mobilidade da parturiente

No âmbito da implementação da proposta de atividade observação Estruturada da Mobilidade da Parturiente, procedeu-se à recolha e análise de dados relativos à mobilidade e liberdade de movimentos durante o TP, tendo sido considerada uma amostra estimativa de **45 parturientes**, observadas em contexto de Bloco de Partos.

Gráfico 1 – Distribuição etária:

A maioria das mulheres se encontrava entre os 25 e os 34 anos (64,4%; n= 29).

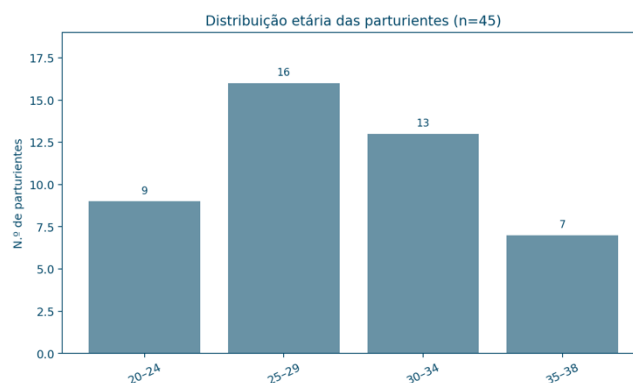


Gráfico 2 – Paridade:

Observou-se um predomínio de multíparas (60,0%; n=27) em relação às nulíparas (40,0%; n=18).

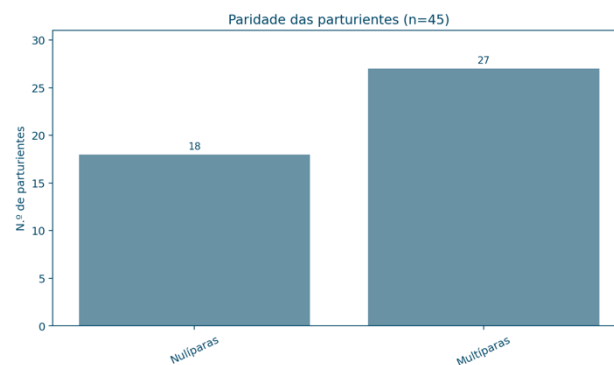


Gráfico 3 – Tipo de analgesia:

Das parturientes 73,3% (n= 33) recorreram a analgesia locorregional (epidural ou sequencial), sendo a epidural o método mais frequente (51,1%; n=23).

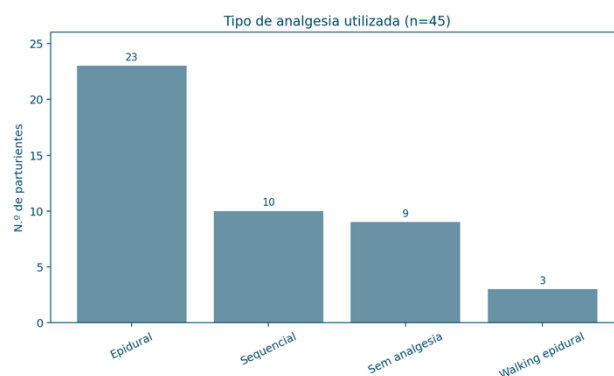


Gráfico 4 – Posições e movimentos adotados:

A admissão em fase latente foi predominante, possibilitando a implementação precoce de estratégias promotoras da mobilidade em TP. As posições mais observadas foram o decúbito lateral, a deambulação e a utilização da bola de parto, sendo o decúbito lateral a posição mais frequentemente adotada, incluindo no momento do parto

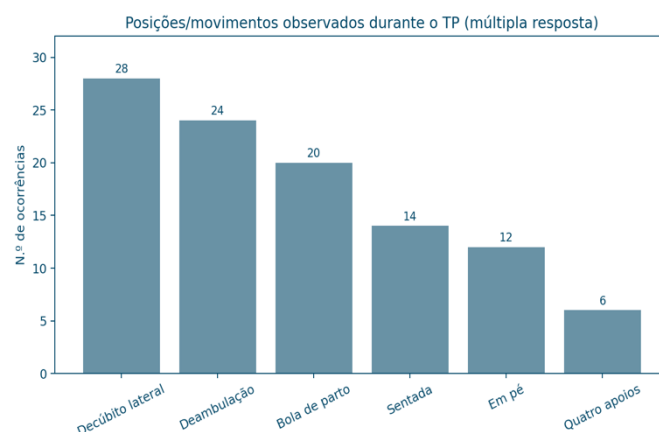


Gráfico 5 – Incentivo à mobilidade:

A equipa de enfermagem foi responsável por 60,0% (n=27) dos incentivos à mobilidade, destacando-se como principal promotora desta prática.

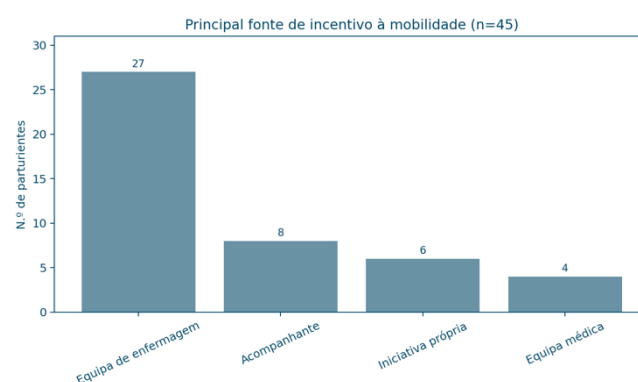


Gráfico 6 – Impacto na percepção da dor:

Verifica-se que 57,8% (n=26) das parturientes referiram melhoria da dor com a mobilidade, enquanto apenas 8,9% (n=4) referiram agravamento

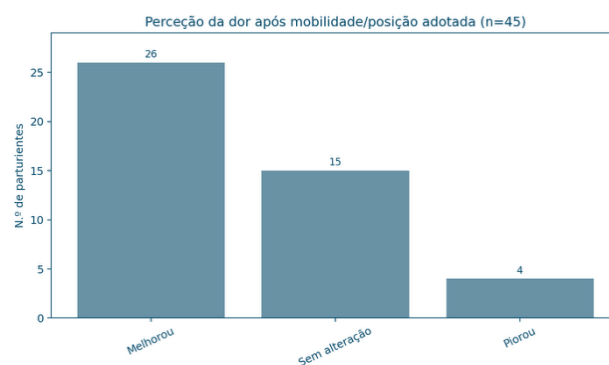


Gráfico 7 – Impacto clínico e CTG:

Verifica-se que 57,8% (n=26) das parturientes referiram melhoria da dor com a mobilidade, enquanto apenas 8,9% (n=4) referiram agravamento. Observa-se melhoria das contrações em 55,6% (n=25) dos casos, associada a 86,7% (n=39) de CTG normais.

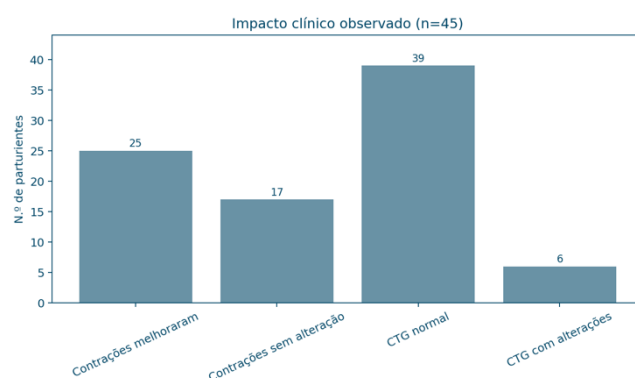
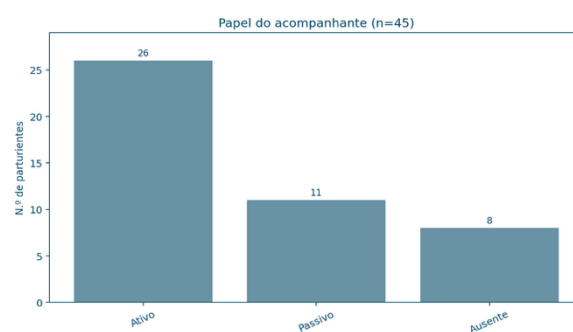


Gráfico 8 – Papel do acompanhante:

A maioria dos acompanhantes apresentou um papel ativo (57,8%; n= 26), constituindo um elemento facilitador da mobilidade.



Apêndice XXVII - Enquadramento do instrumento educativo

Enquadramento do trabalho

O presente trabalho consiste na elaboração de um **PowerPoint educativo** sobre a liberdade de movimentos da mulher em trabalho de parto, a implementar no bloco de partos.

Este recurso tem como finalidade:

- Implementar instrumento educativo dirigido às parturientes, promovendo a sua autonomia, literacia em saúde e participação ativa nas suas decisões durante o trabalho de parto;
- Implementar estratégias de apoio à prática dos profissionais de saúde, facilitando a explicação simples, acessível e rápida de posições e exercícios que podem ser adotadas ao longo do trabalho de parto.

Este trabalho distingue-se por:

- Utilizar linguagem não técnica, centrada na mulher e nas suas necessidades;
- Integrar imagens realistas e culturalmente adequadas, facilitando a identificação e compreensão das mulheres;
- Promover a articulação com a equipa do bloco de partos, reforçando uma abordagem colaborativa.

O PowerPoint poderá ser utilizado em diferentes momentos, nomeadamente:

- Na admissão ao bloco de partos, sempre que a situação clínica o permita;
- Durante o trabalho de parto, como reforço visual e educativo;
- Eventualmente em contexto de preparação para o parto.

Estrutura do PowerPoint

A apresentação foi pensada para respeitar o estado físico, emocional e cognitivo da mulher em trabalho de parto, privilegiando slides curtos, com forte componente visual e pouco texto.

1. Introdução

A introdução da apresentação é realizada através de um vídeo interativo, com o objetivo de explicar de forma simples e acessível o conceito de liberdade de movimentos no trabalho de parto. Este vídeo transmite a mensagem-chave de que o movimento é benéfico durante o trabalho de parto, reforçando que a mulher não necessita de permanecer restrita ao leito, sempre que não existam contraindicações clínicas, podendo mover-se e adotar posições que promovam o seu conforto e evolução do trabalho de parto.

2. Exercícios e posições (núcleo da apresentação)

Para cada posição ou exercício apresentado, o slide inclui:

- Um nome simples e intuitivo;
- Um exemplo visual de execução, facilitando a compreensão e a aplicação prática.

3. Mensagens de reforço

A apresentação termina com mensagens breves de incentivo, tais como:

- “Pode mudar de posição sempre que quiser.”
- “Escolha a posição mais confortável para si.”
- “Peça ajuda sempre que precisar.”

Relevância para o relatório de estágio

No âmbito do relatório de estágio, este PowerPoint poderá ser apresentado como:

- Uma intervenção educativa implementada em contexto clínico;
- Uma estratégia de promoção da autonomia da mulher e humanização dos cuidados;
- Um contributo para a prática clínica sustentada nas recomendações mais recentes da evidência científica.

Informação do powerpoint:

Vídeo (1-8).

(1,2):

Durante a gravidez, o seu corpo prepara-se de forma natural para o parto.

A sua bacia torna-se mais flexível e, no trabalho de parto, essa flexibilidade aumenta ainda mais.

Isto permite que a bacia se adapte aos movimentos do seu corpo e ajude o bebé a encaixar-se, a descer e a rodar, facilitando o parto.

Esta adaptação acontece graças a uma hormona chamada relaxina, que torna as articulações mais soltas e elásticas.

Durante o trabalho de parto, esta hormona ajuda o seu corpo a abrir caminho para o seu bebé nascer.

No trabalho de parto, a bacia não só se move, como também se ajusta por dentro.

Essas mudanças ajudam o bebé a encontrar o melhor caminho para nascer.

Ao mudar de posição — seja em movimento ou em repouso — está a ajudar o seu corpo a trabalhar melhor.

Mover-se ajuda a bacia a abrir-se, facilita a descida do bebé e pode tornar o trabalho de parto mais confortável e eficaz.

As **posições verticais** trazem muitos benefícios para si e para o seu bebé. São posições em que o tronco fica mais direito, como estar em pé, sentada, de cócoras ou de quatro apoios. Nestas posições, o corpo trabalha com a ajuda da gravidade.

Quando escolhe posições verticais:

-O sangue circula melhor para o útero.

-O bebé recebe mais oxigénio.

-O bebê consegue rodar e descer com mais facilidade.

-A dor pode diminuir.

-As contrações tornam-se mais regulares e eficazes.

-A bacia abre-se mais, criando mais espaço para o bebê passar.

-Fazer força torna-se mais fácil, porque o corpo trabalha de forma natural.

-E pode diminuir a necessidade de utilizar instrumentos.

Tudo isto pode ajudar a encurtar o trabalho de parto e a reduzir a necessidade de medicamentos para aliviar a dor.

Ficar sempre deitada pode dificultar a ação da gravidade.

Sempre que possível e seguro, mudar de posição pode fazer a diferença.

Atenção à segurança

Para mover-se com segurança durante o trabalho de parto, é importante:

-Ter sensibilidade e força nas pernas.

-Pedir ajuda sempre que precisar.

-Falar com os profissionais de saúde para confirmar se a medicação usada permite movimentar-se em segurança.

O seu corpo está preparado.

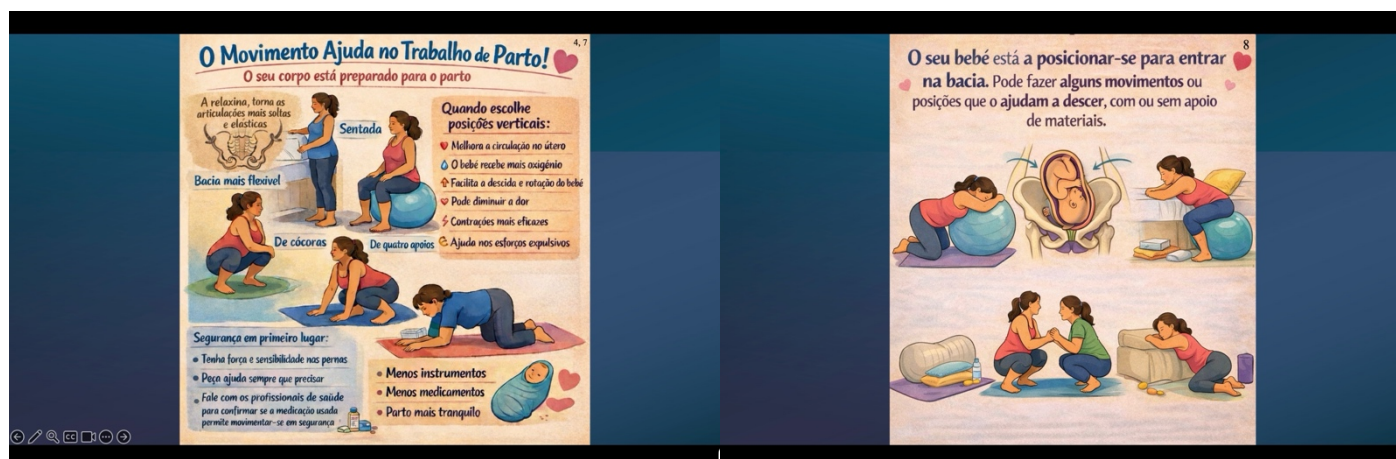
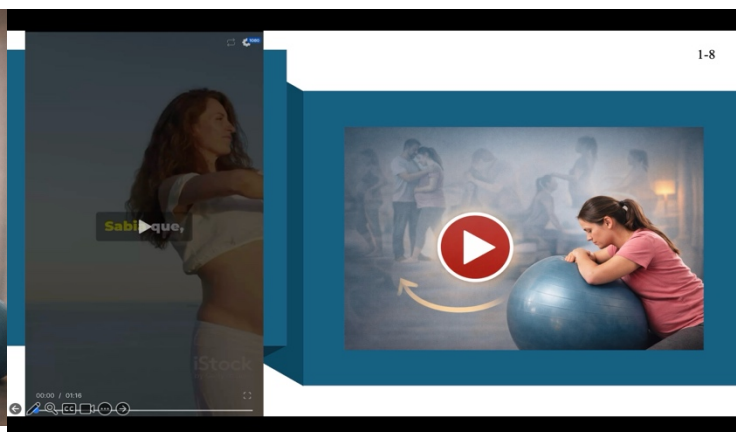
Mover-se, mudar de posição e escolher o que lhe traz mais conforto ajuda o seu corpo e o seu bebê a trabalharem juntos.

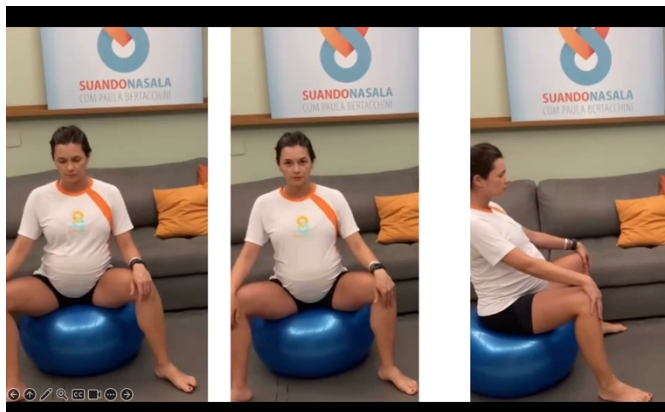
Cada movimento conta.

Referências bibliográficas

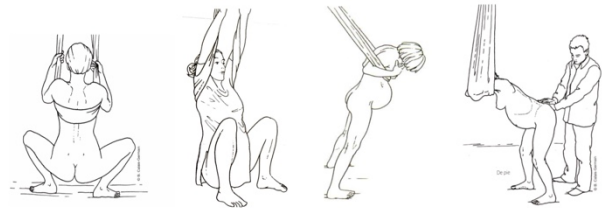
1. Cardoso A, Aires C, Machado S, Silva C, Grilo AR, Cerejeira I, et al. Guia orientador de boas práticas: preparação para o parto. 2020-2023. 2023. 51-57 p. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
2. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization; 2022. 12-195 p. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354560/9789240048515-por.pdf>
3. Amaro C, Dias H, Santos M, Nelas P, Coutinho E. Benefícios da verticalização do parto. International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicologia. 2021. 1:489-502. Disponível em: https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/13775/1/0214-9877_2021_1_1_489.pdf
4. Manuela Néné; Rosália Marques; Margarida Batista. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 1ª Edição. Lidel, editor. 2016. 335-347 p.
5. Federación de asociaciones de matronas de España. Iniciativa Parto Normal. Lusociência, editor. 64-86 p. Disponível em: www.federación-matronas.org
6. Sequeira A, Pousa O, Amaral C. Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica. 1ª Edição. LIDEL, editor. 2020. 84-113 p.
7. Parés N. Parir en movimiento - Las movilidades de la PELVIS en el parto. La liebre de marzo, editor. 2009. 51-157 p.

Apêndice XXVIII - Instrumento educativo





Exercícios no pano suspenso

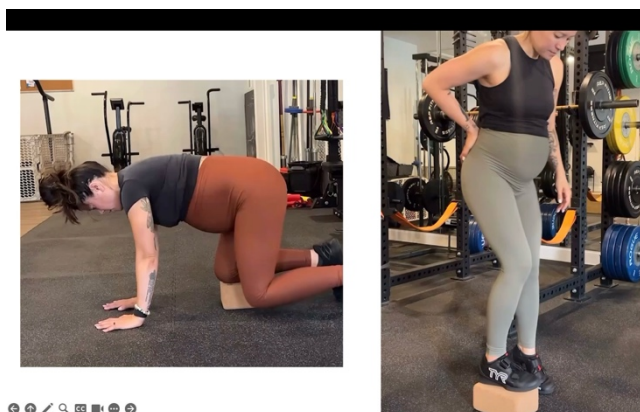
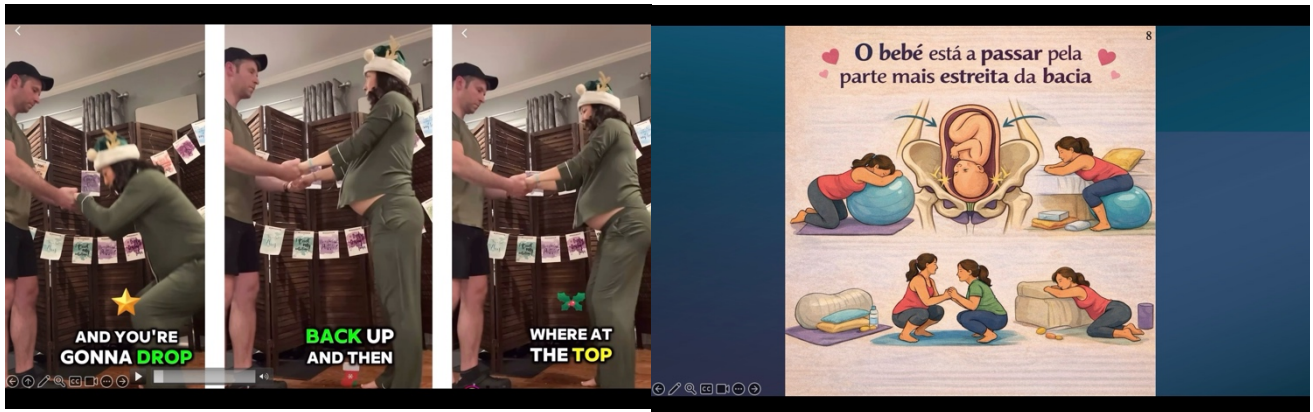


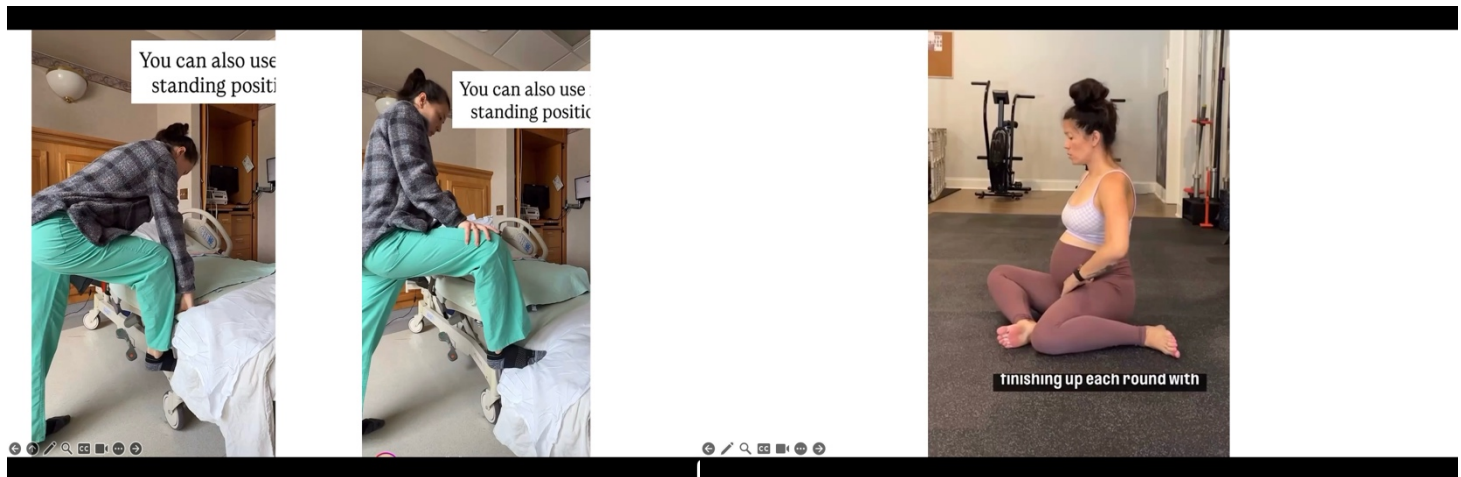
Exercícios no tapete ou colchão



Exercícios com apoio do acompanhante ou do profissional de saúde

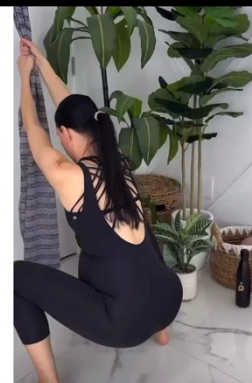
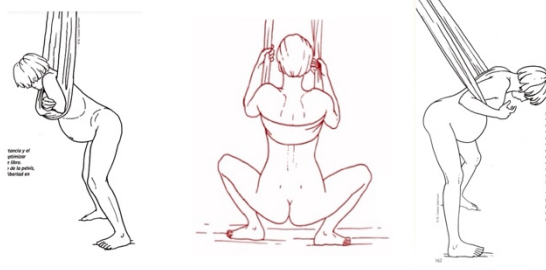






Exercícios com o pano suspenso

8



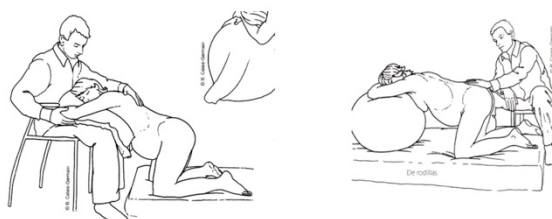
Exercícios com a bola de parto

8

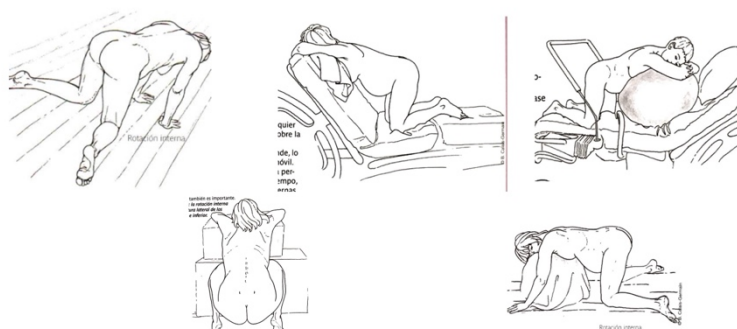




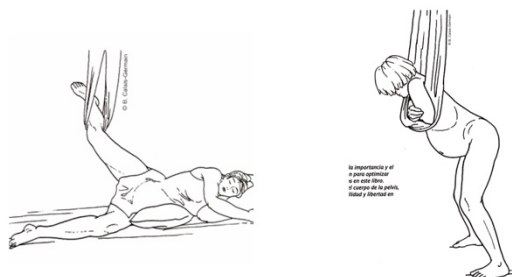
Exercícios com o acompanhante/profissional de saúde



Exercícios no tapete/cama

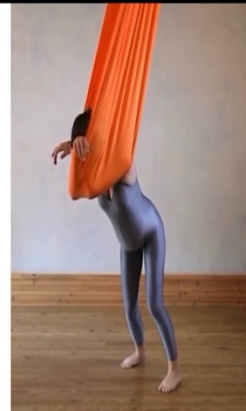


Exercícios com o pano suspenso



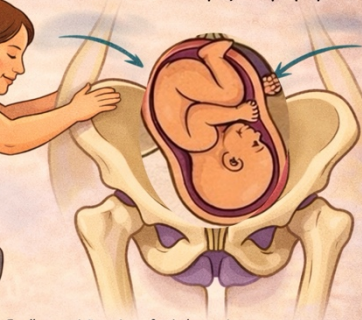
8

pansion Breathing to decompr
back and open posterior pelvis



Cada
movimento
conta!!

Pode mudar de posição sempre que quiser.



Escolha a posição mais confortável para si...

Peça ajuda sempre precisar!

Referências bibliográficas

- Cardoso A, Aires C, Machado S, Silva C, Grilo AR, Cerejeira I, et al. Guia orientador de boas práticas: preparação para o parto. 2020-2023. 2023. 51-57 p. Disponível em: <http://www.ordenenfermeiros.pt/>
- World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization; 2022. 12-195 p. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354560/9789240048515-por.pdf>
- Amaro C, Dias H, Santos M, Nelas P, Coutinho E. Benefícios da verticalização do parto. International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicologia. 2021. 1:489-502. Disponível em: https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/13775/1/0214-9877_2021_1_1_489.pdf
- Manuela Néné, Rosália Marques; Margarida Batista. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 1a Edição. Lidel, editor. 2016. 335-347 p.
- Federación de asociaciones de matronas de España. Iniciativa Parto Normal. Lusociência, editor. 64-86 p. Disponível em: www.federación-matronas.org
- Sequeira A, Pousa O, Amaral C. Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica. 1a Edição. LIDEL, editor. 2020. 84-113 p.
- Parés N. Parir en movimiento - Las movilidades de la PELVIS en el parto. La liebre de marzo, editor. 2009. 51-157 p.

Apêndice XXIX - Enquadramento da utilização da TENS para o alívio da dor durante o TP

A utilização da Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS) para alívio de dor durante o trabalho de parto

De acordo com a *International Association for the Study of Pain (IASP)*, a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, de natureza subjetiva, associada a uma lesão tecidual real ou potencial. Esta conceptualização permite compreender a dor como um fenómeno complexo e individual, cuja perceção e expressão são influenciadas por fatores psicológicos, biológicos, socioculturais e económicos (1, 2, 3).

O **trabalho de parto** resulta de um conjunto de mecanismos hormonais e mecânicos que, ao longo da sua evolução, podem conduzir à perceção de dor por parte da mulher, constituindo um processo fisiológico complexo que, para a maioria das parturientes, é vivenciado como uma experiência dolorosa. Este processo caracteriza-se por alterações que desencadeiam contrações uterinas, apagamento e a dilatação do colo do útero e a progressão da apresentação fetal ao longo do canal de parto (1, 4, 5). O trabalho de parto, embora constitua um processo natural e fisiológico, pode ser experienciado por muitas mulheres como um período marcado por stress, dor, ansiedade, sofrimento, medo e angústia, os quais, quando exacerbados, podem comprometer o controlo da dor, aumentar a sua intensidade e contribuir para um trabalho de parto mais prolongado e psicologicamente exigente (1, 6).

A **Organização Mundial da Saúde (OMS)**, preconiza a utilização de métodos não farmacológicos no controlo da dor durante o trabalho de parto. Estas intervenções visam reduzir a intensidade da dor e promovem uma participação ativa da parturiente, reforçando a sua autonomia ao longo do trabalho de parto. Paralelamente, a prestação de cuidados obstétricos humanizados, assume um papel central na minimização do desconforto associado à dor do trabalho de parto, devendo assegurar à mulher o acesso a recursos farmacológicos e não farmacológicos adequados. Neste contexto, a OMS classifica os métodos não farmacológicos como intervenções benéficas, recomendando a sua utilização e incentivo nos cuidados (6, 7, 8).

A **dor associada ao trabalho de parto** é frequentemente descrita como uma das experiências mais dolorosas ao longo da vida da mulher. A perceção da dor durante este

processo é subjetiva e multifatorial, sendo influenciada por diversos aspetos nomeadamente as condições físicas e emocionais da mulher, experiências prévias e expectativas atuais, níveis de stress, fatores culturais, bem como por variáveis obstétricas, nomeadamente o número e a intensidade das contrações uterinas e a velocidade de dilatação do colo do útero (3-5, 6, 9,10).

A dor intensa pode levar a parturiente a ter um aumento do consumo de oxigénio, alcalose respiratória, náuseas, cansaço, redução do débito cardíaco e aumento da pressão arterial, aumento dos níveis de catecolaminas, o que pode comprometer a oxigenação uteroplacentária, e, consequentemente, comprometer as condições fetais. Para além disso, o aumento das catecolaminas pode interferir com a contratilidade uterina, ao inibir a ação adequada da ocitocina. Neste contexto, as mulheres inseridas neste ciclo de **medo-tensão-dor** tendem a apresentar contrações frequentes e dolorosas, sem que se observe uma progressão satisfatória da dilatação do colo do útero e da descida da apresentação fetal (3, 4, 9, 11). Assim, o controlo eficaz da dor durante o trabalho de parto assume um papel fundamental na minimização destas consequências fisiológicas adversas (3).

A utilização de métodos de controlo da dor constitui uma recomendação da **OMS** para a promoção de boas práticas obstétricas, em vigor desde 1996. Para o **controlo da dor durante o trabalho de parto**, os profissionais de saúde podem recorrer a intervenções **farmacológicas e não farmacológicas**. Os **métodos não farmacológicos** de controlo da dor podem ser utilizados de forma isolada ou em combinação, no âmbito de uma abordagem multidisciplinar que pode envolver enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, dependendo das preferências da parturiente e das condições estruturais da unidade de saúde (7). Considerando que a dor pode ter repercussões significativas para a mãe e para o feto ao longo do trabalho de parto, tornou-se essencial o desenvolvimento de estratégias eficazes para o seu controlo. É crucial que as parturientes recebam cuidados específicos destinados à diminuição da dor, tensão e ansiedade associadas ao trabalho de parto, promovendo uma vivência positiva e humanizada, mesmo no contexto de um processo fisiológico intenso (4, 6, 9).

A **analgesia farmacológica** é geralmente indicada quando as **estratégias não farmacológicas** deixam de proporcionar alívio adequado da dor. No entanto, a utilização

precoce ou excessiva de fármacos analgésicos pode estar associada a efeitos adversos para a mãe e para o feto, incluindo prurido, náuseas, vômitos e tonturas. Adicionalmente, pode aumentar a probabilidade de parto instrumentalizado, prolongar a duração do segundo estadio do trabalho de parto, estar associada a índices de Apgar baixos no primeiro minuto de vida do recém-nascido, maior necessidade de reanimação neonatal e maior taxa de internamento em unidades de cuidados intensivos neonatais (1, 4).

Os **métodos não farmacológicos de alívio da dor** apresentam-se como alternativas seguras, não invasivas, de fácil aplicação e de baixo custo. Estas intervenções apresentam poucas contraindicações, podendo contribuir para o atraso do recurso à analgesia farmacológica e para a redução dos efeitos adversos a ela associados. Adicionalmente, muitos destes métodos estão associados a níveis mais elevados de satisfação materna com a experiência do parto (4, 8, 11).

No **contexto obstétrico, a dor no trabalho de parto** corresponde a uma resposta complexa, subjetiva e multidimensional aos estímulos gerados, **designados por estímulos nociceptivos** (2). A dor do trabalho de parto apresenta duas componentes principais: **visceral e somática**. Estes manifestam-se habitualmente a partir de um período inicial designado de **fase latente**, durante o qual as contrações uterinas ocorrem de forma irregular (3, 6).

Durante o **primeiro estadio** e ao longo do **segundo estadio** do trabalho de parto, a dor apresenta predominantemente **características viscerais**, resultante da estimulação nociceptiva, desencadeada pelas contrações uterinas, pela dilatação do colo do útero e distensão dos tecidos uterinos. Esta dor resulta da estimulação das terminações nervosas livres localizadas nessas estruturas. O estímulo doloroso desencadeia a ativação nociceptiva, sendo os impulsos aferentes conduzidos até à medula espinal, predominantemente através dos segmentos compreendidos entre a **décima vértebra torácica** (incluindo T10, T11, T12) e a **primeira vértebra lombar** (L1), culminando na percepção da dor (1, 3, 4, 6, 12).

A **componente somática** surge predominantemente no **segundo estadio**, estando associada à distensão, isquemia e possível lesão das estruturas do pavimento pélvico, do colo do útero, da vagina e do períneo. Estes estímulos dolorosos são conduzidos pelo

nervo pudendo, através dos ramos anteriores dos segmentos sacrais S2 a S4, caracterizada por uma dor mais intensa, aguda e geralmente bem localizada (1, 3, 4, 6, 12). **Resumindo**, tanto as contrações uterinas como a pressão exercida sobre a região perineal contribuem para a dor referida durante o trabalho de parto. As vias responsáveis pela transmissão do estímulo doloroso, nomeadamente os impulsos nociceptivos, são mediadas predominantemente por fibras nervosas do tipo C. Os impulsos provenientes da dor uterina são conduzidos através das raízes nervosas correspondentes aos segmentos **T10 a L1**, enquanto a dor associada à pressão perineal é transmitida através das raízes sacrais **S2 a S4** (4).

Entre as estratégias não farmacológicas disponíveis, a **estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS)** baseada na aplicação de correntes elétricas de baixa frequência, tem vindo a assumir um papel de destaque nos últimos anos (3, 4). A eletroterapia constitui uma das **abordagens não farmacológicas** utilizadas no controlo da dor durante o trabalho de parto (9, 10).



Figura 1. Eletroestimulador Neuro Track Labour TENS com eletrodos (de origem própria)

A **TENS** é utilizada desde a década de 1970, constitui um método não farmacológico de analgesia no trabalho de parto, sendo utilizada há mais de três décadas em vários países europeus (11). A TENS foi inicialmente introduzida na Escandinávia, tendo posteriormente sido adotada no Reino Unido e nos Estados Unidos (9, 10).

Entre as intervenções não farmacológicas, destaca-se a **TENS**, que está associada à redução da duração do primeiro estagio do trabalho de parto, reduzindo a intensidade da dor e retarda a necessidade de intervenções analgésicas farmacológicas (1, 6, 8). É considerada uma forma de analgesia simples, de fácil manuseio, não invasiva e

amplamente utilizada no tratamento sintomático da dor aguda e crónica, atuando através da estimulação dos nervos periféricos (2). Existem diversos **modelos de dispositivos** de TENS disponíveis no mercado. O equipamento consiste num aparelho portátil ao qual se ligam eléctrodos que são fixados à superfície cutânea (10).

Os mecanismos exatos através dos quais a TENS promove o alívio da dor ainda não se encontram totalmente esclarecidos, tendo sido propostas várias teorias explicativas: a teoria das comportas da dor e a libertação de opioides endógenos (1, 9, 10).

A sua aplicação durante o trabalho de parto fundamenta-se **na teoria do controlo da dor** também conhecida como **teoria das comportas**, proposta por Melzack e Wall em 1965. Esta **teoria defende** que a estimulação elétrica dos nervos aferentes, através da emissão de impulsos elétricos, contribui para a inibição da transmissão dos estímulos nociceptivos ao nível do sistema nervoso central, promovendo assim o alívio da dor (6). De acordo com este modelo, os impulsos gerados pela TENS são conduzidos por fibras nervosas mielinizadas de grande calibre, do tipo A, caracterizadas por elevada velocidade de condução. Em contraste, os estímulos dolorosos são transmitidos por fibras de menor calibre, do tipo C, cuja condução é mais lenta, estabelecendo-se assim uma competição entre estas vias aferentes. Os estímulos provenientes da TENS atingem primeiro o corno posterior da medula espinal, promovendo a despolarização da substância gelatinosa e inibindo a transmissão dos impulsos nociceptivos em direção ao tálamo, o que resulta no fecho das chamadas “comportas” da dor. Assim, quando aplicada na região lombar, a TENS emite impulsos elétricos que excitam os nervos aferentes e inibem a condução da dor proveniente do útero, da vagina e do períneo durante o trabalho de parto. De acordo com este princípio, outras intervenções sensoriais, como a aplicação de calor, frio ou massagem, poderão exercer efeitos analgésicos semelhantes (4, 6, 7,10, 12,13).

Na **medula espinal** ocorre um processo fundamental de regulação da dor, no qual os **estímulos nociceptivos provenientes da periferia** podem ser amplificados ou atenuados antes de atingirem os centros superiores do sistema nervoso central. Os sinais dolorosos transmitidos pelos **aferentes nociceptivos primários** são encaminhados para **neurónios de segunda ordem**, responsáveis pela sua condução ascendente. A atividade destes neurónios é modulada pelas células da substância gelatinosa, que atuam como

elementos inibitórios ao reduzir a liberação de neurotransmissores nos terminais nociceptivos. Quando estas **células estão ativas**, a **transmissão da dor é suprimida**; pelo contrário, quando a sua **ação inibitória é diminuída**, os estímulos nociceptivos propagam-se com maior facilidade para o cérebro. Assim, a percepção da dor depende do equilíbrio entre os **mecanismos excitatórios e inibitórios presentes na medula espinal**, que determinam se a informação nociceptiva será transmitida ou bloqueada antes de alcançar os centros responsáveis pela interpretação consciente da dor (2).

A TENS deve ter **frequências de estimulação** compreendidas entre 40 e 150 Hz, sendo consideradas suficientes para desencadear este mecanismo e curta duração do impulso, aproximadamente 50 μ s. O tempo de aplicação pode variar entre 30 e 60 minutos, sendo a intensidade da corrente ajustada por um profissional de saúde com a participação ativa da parturiente. Durante as contrações, procura-se aumentar a intensidade da estimulação relativamente aos intervalos entre contrações, devendo a mulher perceber uma sensação de formiguelo confortável na região tratada (12).

O **segundo mecanismo** relaciona-se com a **libertação de opioides endógenos** pelo sistema nervoso central, nomeadamente beta-endorfinas, que exercem um efeito analgésico significativo. No contexto do trabalho de parto, a TENS é aplicada com posicionamento dos elétrodos ao nível dos segmentos vertebrais T10–L1 e S2–S4, correspondentes às vias nervosas envolvidas na transmissão da dor obstétrica. Durante a estimulação, a parturiente refere geralmente uma sensação de formiguelo ou cócegas, sem ocorrência de dor ou contração muscular. Adicionalmente, a aplicação de estímulos de baixa frequência tem sido associada ao aumento da libertação de opioides endógenos, nomeadamente endorfinas, contribuindo para o alívio da dor (2- 4, 6, 7, 10, 12,13).



Figura 2. Posicionamento dos elétrodos durante o primeiro período de trabalho de parto



Figura 3. Posicionamento dos elétrodos durante o segundo período do trabalho de parto

A dor associada ao trabalho de parto é percebida de forma consciente e é frequentemente descrita pelas grávidas como intensa, com irradiação predominante para a região sagrada da coluna vertebral. Devido ao seu mecanismo de ação, a TENS tem sido considerada um método seguro e eficaz para o alívio da dor durante o trabalho de parto em mulheres com **idade gestacional superior a 37 semanas** (12). Teoricamente, a TENS tem sido considerada uma **contraindicação** durante a gravidez, uma vez que a sua aplicação direta sobre a região uterina poderia, em determinadas circunstâncias, desencadear trabalho de parto prematuro. No entanto, este recurso é amplamente utilizado para o alívio da dor lombar durante o trabalho de parto (6). A aplicação da TENS não é recomendada em situações de trabalho de parto prematuro (12).

No controlo da dor durante o trabalho de parto, a **TENS** promove analgesia através da aplicação de dois elétrodos superficiais nos dermatomos correspondentes aos segmentos T10 a L1, colocados lateralmente à linha média, e de mais dois elétrodos ao nível das vértebras sacrais S2 a S4, correspondentes, respetivamente, à inervação do útero e do colo uterino, bem como do pavimento pélvico. O estímulo elétrico é constituído por impulsos bifásicos, cuja amplitude e frequência são ajustadas em função da intensidade da dor percebida pela parturiente. O dispositivo emite impulsos elétricos de baixa voltagem, cuja frequência e intensidade podem ser ajustadas pela própria parturiente de acordo com a resposta individual, tendo em conta os limiares sensorial e motor. No modo sensorial, a intensidade do estímulo é progressivamente aumentada até que a mulher perceba uma sensação de formigamento confortável, sem ocorrência de contração muscular visível ou referida (2, 4, 10, 11).

Atualmente, recomenda-se a aplicação da TENS sobretudo nas fases iniciais do trabalho de parto, com o objetivo de reduzir a intensidade da dor. Um dos potenciais benefícios associados à sua utilização prende-se com a diminuição do tempo de exposição da mãe e do feto a fármacos analgésicos, reduzindo, assim, a probabilidade de efeitos adversos, como a interferência na progressão do trabalho de parto ou sofrimento fetal (5).

No contexto do trabalho de parto, a aplicação da corrente elétrica através da **TENS** não impõe sobrecarga fisiológica significativa ao organismo materno, nem expõe a mãe ou o feto a riscos adicionais, sendo considerada uma **intervenção segura** neste período (13). A **evidência científica** demonstra que a utilização deste recurso contribui para a

diminuição da intensidade da dor, para o retrocesso da necessidade de analgesia farmacológica e o aumento da satisfação materna. Contudo, persistem divergências entre os estudos relativamente à definição dos parâmetros de estimulação, às modalidades de aplicação e ao momento mais adequado para a sua utilização. O dispositivo apresenta ainda como vantagens o seu reduzido tamanho, portabilidade e facilidade de utilização (1, 7, 11, 12).

Para além destes efeitos fisiológicos, considera-se que a TENS possa atuar de forma indireta ao **reduzir os níveis de ansiedade**, aumentar a perceção de controlo e proporcionar distração, promovendo uma maior sensação de bem-estar materno e, consequentemente, uma menor perceção da dor durante o trabalho de parto. Adicionalmente, tem sido sugerido que a diminuição da ansiedade materna poderá contribuir para a redução da duração do trabalho de parto, através da diminuição da libertação de catecolaminas, substâncias que podem interferir negativamente com a contratilidade uterina e atrasar a progressão do parto (10). Neste sentido, a TENS pode constituir uma alternativa válida para mulheres que desejam um parto natural, bem como em situações em que a analgesia epidural não se encontra disponível ou está contraindicada (5).

Os **efeitos secundários** relevantes são raros, podendo ocorrer, ocasionalmente, irritação cutânea local associada à aplicação dos elétrodos (10). A utilização da TENS está geralmente associada à perceção de sensações como formigueiro ou vibração nos locais de aplicação dos elétrodos, sendo estas sensações confortáveis e não dolorosas quando utilizadas intensidades baixas (10). Existem contraindicações para as parturientes que exigem particular precaução, incluindo insuficiência cardíaca, presença de pacemaker, arritmias cardíacas significativas e epilepsia (11).

O recurso à TENS para o alívio da dor durante o trabalho de parto continua a ser **objeto de debate**. Embora existam evidências de que esta intervenção é bem aceite pelas mulheres, não é totalmente claro se essa aceitação se deve exclusivamente à sua eficácia analgésica. Alguns estudos sugerem que a satisfação com a experiência do parto está fortemente relacionada com a perceção de controlo da mulher durante o trabalho de parto, particularmente durante as contrações dolorosas. O facto de a parturiente poder controlar

diretamente o funcionamento do dispositivo poderá contribuir para a sua utilização (5, 10).

A preocupação em apoiar a parturiente na gestão da dor integra o cuidado prestado pela equipa de saúde, contribuindo para o conforto, a sensação de segurança e uma vivência mais positiva do parto. Neste sentido, a inclusão da TENS no controlo da dor durante o trabalho de parto, em associação com outros métodos não farmacológicos — como a **liberdade de movimentos**, o banho quente, a massagem e a utilização da bola de de parto — pode enriquecer a abordagem assistencial, promovendo maior autonomia da mulher e incentivando a sua participação ativa ao longo trabalho de parto e parto (2).

A reduzida utilização da TENS poderá estar relacionada com a falta de disponibilidade de equipamentos nas unidades de saúde e com os custos associados à aquisição dos dispositivos para uso individual. Em contraste, a TENS é amplamente utilizada em países da Europa Ocidental e na América do Norte, onde tem apresentado resultados favoráveis no controlo da dor durante o trabalho de parto (12).

Exemplos de estudos:

Estudo 1:

O **estudo 1** apresentado corresponde a uma revisão sistemática da literatura que teve como objetivo avaliar a eficácia da TENS enquanto método não farmacológico para o alívio da dor durante o trabalho de parto, bem como os seus efeitos sobre outros desfechos obstétricos relevantes. A revisão foi conduzida a partir de uma pesquisa realizada nas bases de dados PubMed e SciELO, no período de Maio de 2023, onde foram incluídos estudos publicados nos últimos dez anos, que avaliassem a aplicação da TENS durante o trabalho de parto para controlo da dor. Após o processo de seleção, foram incluídos quatro ensaios clínicos, totalizando uma amostra de 465 mulheres em trabalho de parto, todas em contexto hospitalar. As participantes apresentavam idades compreendidas entre os 16 e os 36 anos, com idades gestacionais entre as 38 e as 42 semanas, encontrando-se maioritariamente na fase ativa do trabalho de parto, com dilatação igual ou superior a 3–4 centímetros. A amostra incluiu primíparas e múltiparas, com gravidezes de baixo risco e sem intercorrências obstétricas relevantes (1).

Relativamente à intervenção, todos os estudos aplicaram a TENS com posicionamento de dois eletrodos na região paravertebral, ao nível dos segmentos T10–L1 e S2–S4, correspondentes à inervação uterina e do pavimento pélvico, respetivamente, com um afastamento aproximado de cinco centímetros, com o objetivo de estimular as raízes nervosas correspondentes aos respetivos dermatómos. Os parâmetros utilizados variaram ligeiramente entre os estudos, com frequências entre 80 e 100 Hz, larguras de pulso entre 100 e 350 microsegundos e intensidade ajustada individualmente de acordo com a tolerância da parturiente. A duração da aplicação foi, na maioria dos estudos, de aproximadamente 30 minutos, podendo estender-se até ao segundo estágio do trabalho de parto. A avaliação da dor foi realizada em todos os ensaios através da Escala Visual Analógica (EVA), aplicada antes da intervenção, após a aplicação da TENS e no período pós-parto imediato. A eficácia da aplicação da TENS depende de vários fatores, nomeadamente do correto posicionamento dos eletrodos, da forma de onda utilizada, da duração do impulso, da frequência e da intensidade da estimulação. Uma maior redução da intensidade da dor é alcançada quando os eletrodos são colocados dentro do campo recetivo das raízes nervosas, permitindo a modulação da transmissão nociceptiva ao nível do corno dorsal da medula espinal (1).

De forma consistente, os resultados dos estudos incluídos demonstraram que a utilização da TENS durante o trabalho de parto esteve associada a uma redução significativa da intensidade da dor, quando comparada com os cuidados obstétricos de rotina ou com a aplicação de TENS placebo. Adicionalmente, verificou-se um atraso da necessidade de recurso à analgesia farmacológica, bem como uma redução da duração da fase ativa do trabalho de parto. As mulheres que receberam a intervenção relataram ainda maior satisfação com a experiência do parto. Importa salientar que nenhum dos estudos identificou efeitos adversos maternos ou fetais associados à utilização da TENS, nomeadamente alterações nos índices de Apgar, aumento do risco de parto instrumentalizado ou reações cutâneas relevantes nos locais de aplicação dos elétrodos (1).

Estudo 2:

O estudo desenvolvido consistiu num ensaio clínico randomizado, paralelo e controlado por placebo, cujo objetivo foi avaliar a eficácia da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) no controlo da dor durante o período de dilatação do trabalho de

parto. A investigação foi realizada numa maternidade universitária e incluiu 68 parturientes nulíparas, de baixo risco e de termo, com dilatação cervical compreendida entre 4 e 7 centímetros, que não tinham recebido analgesia farmacológica prévia. As participantes foram aleatoriamente distribuídas em dois grupos: um grupo submetido à aplicação da TENS e um grupo placebo, sendo assegurado que ambos recebessem os mesmos cuidados obstétricos de rotina (4).

A intervenção consistiu na aplicação da TENS durante 30 minutos, com posicionamento dos elétrodos nas regiões paravertebrais correspondentes aos níveis T10–L1 e S2–S4, ajustando-se a intensidade da corrente de acordo com a tolerância sensorial da parturiente, sem indução de contração muscular. A intensidade da dor e o grau de desconforto foram avaliados antes e imediatamente após a intervenção através da Escala Visual Analógica (EVA), enquanto a satisfação materna foi avaliada por uma escala numérica de 0 a 10. Foram ainda analisados desfechos secundários, nomeadamente o recurso a outros métodos não farmacológicos e farmacológicos para alívio da dor, a taxa de cesariana e a duração do trabalho de parto (4).

Os resultados demonstraram que as parturientes do grupo TENS apresentaram uma redução significativa da intensidade da dor após a intervenção, com maior proporção de mulheres a classificar a dor como leve ou moderada, quando comparadas com o grupo placebo. Verificou-se igualmente uma melhoria significativa do grau de desconforto e níveis mais elevados de satisfação materna no grupo submetido à TENS. Relativamente aos desfechos secundários, observou-se uma menor taxa de cesarianas no grupo TENS; contudo, não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos quanto à utilização de outros métodos analgésicos, farmacológicos ou não farmacológicos, nem quanto à duração do trabalho de parto (4).

Com base nos resultados obtidos, o estudo conclui que a TENS é um método eficaz e bem aceite para o alívio da dor durante a fase de dilatação do trabalho de parto, proporcionando maior conforto e satisfação às parturientes, sem a ocorrência de efeitos adversos maternos ou fetais. Assim, a TENS é apresentada como uma opção segura e válida enquanto estratégia não farmacológica de controlo da dor em mulheres com gravidezes de baixo risco, podendo ser integrada na prática clínica obstétrica (4).

Referências Bibliográficas

1. Cecchi Salata M, Corrêa Santos G, Maria Souza Panisa L, Clarisse dos Santos Pereira de Moraes M, Gabrielle da Cruz Silva A, Elizabeth Oliveira de Araújo Alves A, et al. The use of transcutaneous electrical stimulation for pain relief during labor: a systematic review. 2023. 2024;10.
2. Ferreira Tavares AC. Uso da estimulação elétrica nervosa transcutânea como recurso na mediação da dor no trabalho de parto: uma revisão integrativa. Brasília; 2018.
3. Njogu A, Qin S, Chen Y, Hu L, Luo Y. The effects of transcutaneous electrical nerve stimulation during the first stage of labor: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2021 Dec 1;21(1).
4. Juliana Cappeli A. Estudo randomizado do uso da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS). Botucatu; 2018.
5. Alves Sobrinho D, Eva de Assis E. Os efeitos da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), para o alívio da dor durante o trabalho de parto: uma revisão integrativa. 2021;
6. Mayara J, Silva A, Gomes De Souza P. O efeito da estimulação elétrica nervosa transcutânea no controle da dor durante o trabalho de parto: uma revisão narrativa. Revista Eletrônica: Estácio Recife. 2022;
7. Dias NT, Santos PR, Cândido TA, Pinto R de MC, Resende APM, Pereira-Baldon VS. Effects of the addition of transcutaneous electrical stimulation to non-pharmacological measures in labor pain: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2022 Dec 1;23(1).
8. Reis CCS Dos, Dias LDC, Carvalho LB, Junior LBA, Imoto AM. Transcutaneous nerve electrostimulation (TENS) in pain relief during labor: a scope review. Vol. 44, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia. Georg Thieme Verlag; 2022. p. 187–93.
9. Pak S, Ghaderi F, Soltani Somee A, Mirghafourvand M, Kamalifard M, Maghalian M. The effects of interferential electrical stimulation current on labor pain and duration of active phase of labor in primiparous women: a randomized controlled trial. Physiother Theory Pract. 2023;39(6):1133–40.

10. Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain relief in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2009.
11. Santana LS, Gallo RBS, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM, Marcolin AC. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: a randomised trial. *J Physiother.* 2016 Jan 1;62(1):29–34.
12. Wawryków A, Korabiusz K. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation as a method to relieve pain during childbirth. 2018;
13. Grymel-Kulesza E, Pawlowska KM, Pawlowski J, Grochulska A, Belkies M, Jerzak I. Comparison of the effects of TENS stimulation and water immersion on relieving labour pain suffered by primiparas. *Ginekol Pol.* 2021;92(7):512–7.

Apêndice XXX - PowerPoint da utilização da TENS para o alívio de dor durante o TP

Estágio de Natureza Profissional com Relatório

ESS LISBOA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE CÍRURGIA VERDELLA PORTUGUESA

A utilização da Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS) para alívio de dor durante o trabalho de parto

Elaborado por:
Ana Filipa Martins (nº9215)
1º MESMO da ESSCVP Lisboa

Orientado por:
[Redacted] e Profª Manuela Néné

ANO LETIVO 2025/2026

(1, 2, 3)

International Association for the Study of Pain (IASP)

✓ A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, de natureza subjetiva, associada a uma lesão tecidual real ou potencial.

✓ Fenómeno complexo e individual.

✓ Perceção e expressão são influenciadas por **fatores psicológicos, biológicos, socioculturais e económicos.**

(1, 6)

TRABALHO DE PARTO

Mecanismos hormonais

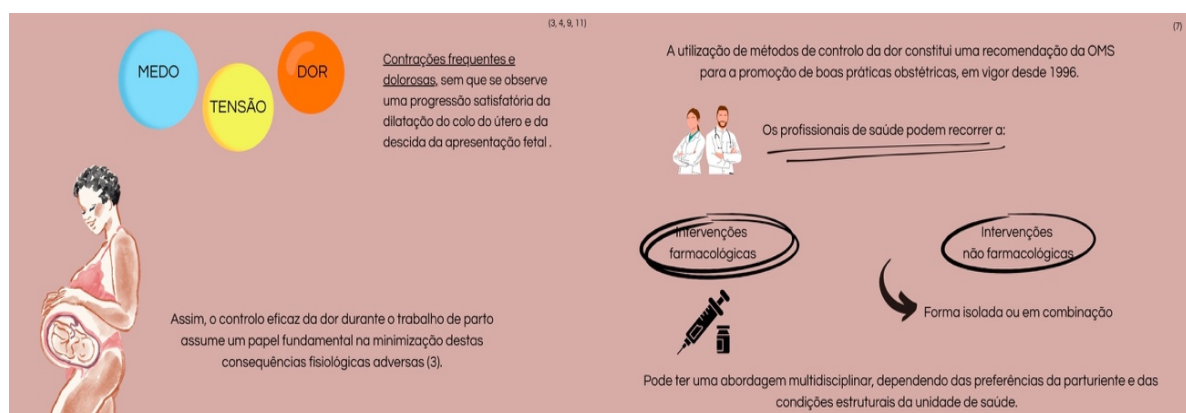
Mecanismos mecânicos

Podem conduzir à perceção de dor por parte da mulher

Experiência dolorosa

Este processo caracteriza-se por:

alterações que desencadeiam contrações uterinas, apagamento e a dilatação do colo do útero e a progressão da apresentação fetal ao longo do canal de parto (1, 4, 5).



(4, 6, 9)

Considerando que a dor pode ter repercussões significativas para a mãe e para o feto ao longo do trabalho de parto, tornou-se essencial o desenvolvimento de estratégias eficazes para o seu controlo.

Métodos não farmacológicos de alívio da dor

Alternativas seguras Não invasivos Fácil aplicação Baixo custo

A dor no trabalho de parto

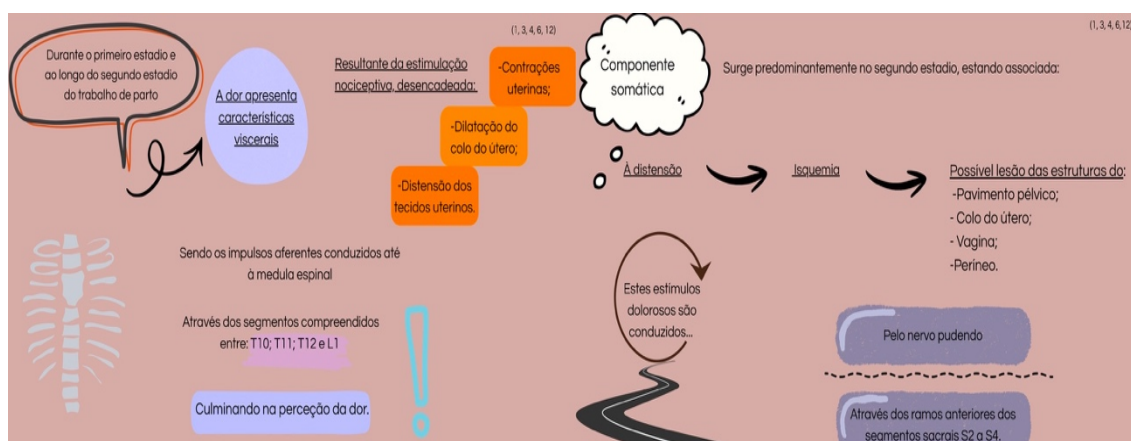
Corresponde a uma resposta complexa, subjetiva e multidimensional aos estímulos gerados, designados por estímulos nociceptivos (2).

Apresenta duas componentes principais: (3, 6)

Visceral Somática

Promovendo uma vivência positiva e humanizada, mesmo no contexto de um processo fisiológico intenso.

(4, 6, 11)



Entre as estratégias não farmacológicas disponíveis...

A ESTIMULAÇÃO ELÉTRICA NERVOSA TRANSCUTÂNEA (TENS)

Aplicação de correntes elétricas de baixa frequência (3, 4).

A TENS é utilizada desde a década de 1970, constitui um método não farmacológico de analgesia no trabalho de parto, sendo utilizada há mais de três décadas em vários países europeus.

A TENS foi inicialmente introduzida na Escandinávia, tendo posteriormente sido adotada no Reino Unido e nos Estados Unidos.

A eletroterapia constitui uma das abordagens não farmacológicas utilizadas no controlo da dor durante o trabalho de parto (9, 10).

(1, 2, 6, 8, 10-12) (4)

TENS está associada:

- ✓ À redução da duração do primeiro estágio do trabalho de parto;
- ✓ À redução a intensidade da dor ;
- ✓ Atrasa a necessidade de intervenções farmacológicas.
- ✓ Aumento da satisfação materna.

Analgésia simples

Fácil manuseio

Não invasiva

Existem diversos modelos

Reduzido tamanho

Portátil

O equipamento consiste num aparelho portátil ao qual se ligam eletrodos que são fixados à superfície cutânea.

Contrações uterinas

Contribuem para a dor referida durante o trabalho de parto

Pressão exercida sobre a região perineal

As vias responsáveis pela transmissão do estímulo doloroso, nomeadamente os impulsos nociceptivos, são mediadas predominantemente por fibras nervosas do tipo C.

Os impulsos provenientes da dor uterina são conduzidos através das raízes nervosas correspondentes aos segmentos T10 a L1, enquanto a dor associada à pressão perineal é transmitida através das raízes sacrais S2 a S4.

São 4 Curvaturas na Coluna Vertebral

Curvatura Cervical

Curvatura Torácica

Curvatura Lombar

Curvatura Sacral

Os mecanismos exatos através dos quais a TENS promove o alívio da dor ainda não se encontram totalmente esclarecidos, tendo sido propostas várias Teorias Explicativas: (1, 6, 9, 10)

Teoria das portas da dor

✓ Proposta por Melzack e Wall em 1965 (6).

✓ Defende que a estimulação elétrica dos nervos aferentes, através da emissão de impulsos elétricos, contribui para a inibição da transmissão dos estímulos nociceptivos ao nível do sistema nervoso central, promovendo assim o alívio da dor (6).

✓ Quando aplicada na região lombar, a TENS emite impulsos elétricos que excitam os nervos aferentes e inibem a condução da dor proveniente do útero, da vagina e do perineo durante o trabalho de parto. (4, 7, 6, 10, 12, 13).

(2- 4, 6, 7, 10, 13, 12)

Libertação de opioides endógenos

✓ O segundo mecanismo relaciona-se com a libertação de opioides endógenos pelo sistema nervoso central, nomeadamente beta-endorfinas, que exercem um efeito analgésico significativo.

✓ Adicionalmente, a aplicação de estímulos de baixa frequência tem sido associada ao aumento da libertação de opioides endógenos, nomeadamente endorfinas, contribuindo para o alívio da dor.

POSICIONAMENTO DOS ELÉTODOS:

Ao nível dos segmentos vertebrais: T10-L1

Ao nível dos segmentos vertebrais: S2-S4

Colocados lateralmente à linha média

Correspondentes às vias nervosas envolvidas na transmissão da dor obstétrica. Durante a estimulação, a parturiente refere geralmente uma sensação de formigamento ou cócegas, sem ocorrência de dor ou contração muscular.

(2, 4, 10, 11)

(12)

A TENS DEVE TER:

O estímulo elétrico é constituído por impulsos bifásicos, cuja amplitude e frequência são ajustadas em função da intensidade da dor percebida pela parturiente.

Figura 2: Posicionamento dos eletrodos durante o trabalho de parto.

Figura 3: Posicionamento dos eletrodos durante o segundo período do trabalho de parto.

No modo sensorial, a intensidade do estímulo é progressivamente aumentada até que a mulher perceba uma sensação de formigamento confortável, sem ocorrência de contração muscular visível ou referida.

Frequências de estimulação compreendidas entre **40 e 150 Hz**.

Tempo de aplicação pode variar entre **30 e 60 minutos**.

A intensidade da corrente ajustada por um profissional de saúde com a participação ativa da parturiente.

(6, 12)

(5, 13)

Método seguro e eficaz para o alívio da dor durante o trabalho de parto...

Em mulheres com idade gestacional **superior a 37 semanas**.

Atualmente, recomenda-se a aplicação da TENS sobretudo nas fases iniciais do trabalho de parto, com o objetivo de reduzir a intensidade da dor.

Um dos potenciais benefícios associados:

- ✓ Diminuição do tempo de exposição da mãe e do feto a fármacos analgésicos, reduzindo, assim, a probabilidade de efeitos adversos.
- ✓ Não impõe sobrecarga fisiológica significativa ao organismo materno, nem expõe a mãe ou o feto a riscos adicionais.

CONTRA-INDICADO 

Durante a gravidez, uma vez que a sua aplicação direta sobre a região uterina poderia, em determinadas circunstâncias, desencadear trabalho de parto prematuro.

(1, 7, 10-12)

(10, 11)

PERSISTEM DIVERGÊNCIAS

Entre os estudos relativamente à definição dos parâmetros de estimulação, às modalidades de aplicação e ao momento mais adequado para a sua utilização.

TENS atua de forma indireta

- Reduz os níveis de ansiedade
- Aumenta a percepção de controlo
- Proporciona distração

✓ Sensação de bem-estar materno

✓ Menor percepção da dor durante o trabalho de parto

Libertação de catecolaminas

EFEITOS SECUNDÁRIOS

Irritação cutânea local associada à aplicação dos eletrodos

Percepção de sensações como **formigamento** ou vibração nos locais de aplicação dos eletrodos, sendo estas **sensações confortáveis e não dolorosas** quando utilizadas intensidades **baixas**.

CONTRAINDICAÇÕES

- Insuficiência cardíaca
- Presença de pacemaker
- Arritmias cardíacas significativas
- Epilepsia

A preocupação em apoiar a parturiente na gestão da dor integra o cuidado prestado pela equipa de saúde, contribuindo para o conforto, a sensação de segurança e uma vivência mais positiva do parto.

Neste sentido, a inclusão da TENS no controlo da dor durante o trabalho de parto, em associação com outros métodos não farmacológicos:

Liberdade de Movimentos



Banho quente



Massagem



Pode enriquecer a abordagem assistencial, promovendo **maior autonomia da mulher** e incentivando a sua **participação ativa** ao longo trabalho de parto e parto.

(2)

REDUZIDA UTILIZAÇÃO DA TENS PODERÁ ESTAR RELACIONADA COM...

(12)

✓ A falta de disponibilidade de equipamentos nas unidades de saúde;

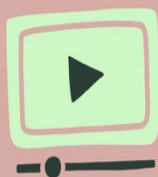
✓ Custos associados à aquisição dos dispositivos.



A TENS é amplamente utilizada em países da **Europa Ocidental** e na **América do Norte**, onde tem apresentado resultados favoráveis no controlo da dor durante o trabalho de parto.

Referências Bibliográficas

1. Cecchi Salata M, Corrêa Santos G, Maria Souza Panisa L, Clarisse dos Santos Pereira de Morais M, Gabrielle da Cruz Silva A, Elizabeth Oliveira de Araújo Alves A, et al. The use of transcutaneous electrical stimulation for pain relief during labor: a systematic review. 2023. 2024;10;
2. Ferreira Tavares AC. Uso da estimulação elétrica nervosa transcutânea como recurso na mediação da dor no trabalho de parto: uma revisão integrativa. Brasília; 2018;
3. Njogu A, Qin S, Chen Y, Hu L, Luo Y. The effects of transcutaneous electrical nerve stimulation during the first stage of labor: a randomized controlled trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2021 Dec 1;21(1);
4. Juliana Cappelli A. Estudo randomizado do uso da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS). Botucatu; 2018;
5. Alves Sobrinho D, Eva de Assis E. Os efeitos da estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), para o alívio da dor durante o trabalho de parto: uma revisão integrativa. 2021;
6. Mayara J, Silva A, Gomes De Souza P. O efeito da estimulação elétrica nervosa transcutânea no controlo da dor durante o trabalho de parto: uma revisão narrativa. Revista Eletrônica: Estácio Recife. 2022;
7. Dias NT, Santos PR, Cândido TA, Pinto R de MC, Resende APM, Pereira-Baldon VS. Effects of the addition of transcutaneous electrical stimulation to non-pharmacological measures in labor pain: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2022 Dec 1;23(1);



EXEMPLOS DA TENS NA PRÁTICA CLÍNICA



8. Reis CCS Dos, Dias LDC, Carvalho LB, Junior LBA, Imoto AM. Transcutaneous nerve electrostimulation (TENS) in pain relief during labor: a scope review. Vol. 44, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria. Georg Thieme Verlag; 2022. p. 187–93;
9. Pak S, Ghaderi F, Soltani Somee A, Mirghafourvand M, Kamalifard M, Maghalian M. The effects of interferential electrical stimulation current on labor pain and duration of active phase of labor in primiparous women: a randomized controlled trial. Physiother Theory Pract. 2023;39(6):1133–40;
10. Dowswell T, Bedwell C, Lavender T, Neilson JP. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain relief in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2009;
11. Santana LS, Gallo RBS, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM, Marcolin AC. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: a randomised trial. J Physiother. 2016 Jan 1;62(1):29–34.
12. Wawryków A, Korabiusz K. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation as a method to relieve pain during childbirth. 2018;
13. Grymel-Kulesza E, Pawlowska KM, Pawlowski J, Grochulska A, Belkusi M, Jerzak I. Comparison of the effects of TENS stimulation and water immersion on relieving labour pain suffered by primiparas. Ginekol Pol. 2021;92(7):512–7.

Anexos

Anexo I - Certificado de participação no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem "Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!"



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

"Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!"

Certifica-se que Ana Filipa Gil Martins participou no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado por via online de 2 a 6 de junho de 2025, pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa, com uma carga horária de 31 horas.

Pela Comissão Organizadora do II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem.

Assinado por: MARIA TEREZA DOS REIS LOPEZ
SECRETARIA GERAL
Nº de identificação: 07100009
Data: 2025/06/06 12:21:55+0100



**Anexo II - Certificado de participação como co-autora do póster sobre a
“Amamentação exclusiva e a perda de peso do recém-nascido: intervenção precoce
do especialista de saúde materna e obstétrica”**



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

"Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!"

Certifica-se que Mariana Gonçalves Rua participou como preletor no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, apresentando "Amamentação Exclusiva e a Perda de Peso do Recém-Nascido – Intervenção Precoce do Especialista de Saúde Materna e Obstétrica", sob a forma de poster/comunicação oral, realizado por via online de 2 a 6 de junho de 2025, pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa.

Foram co-autores: Ana Jales; Ana Martins; Filipa Nogueira

Pela Comissão Organizadora do II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem.

ASSINATURA: MARIA TERESA DOS REIS LOPES
SILVIA GALVÃO
Nº de Identificação: 1716660
Data: 2025/06/27 09:23:23 -07'00"

Anexo III - Certificado de participação na formação prática em Técnica de Rebozo

CERTIFICADO

*Raquel Cajão*

Certifica-se que Ana Filipa Martins

Participou na formação Técnica de Rebozo, no dia 13 de Junho de 2025, com a duração de 8 horas, conforme programa.

O evento ocorreu na Clínica Dr^a Saritta Nápoles, em Vila Nova de Famalicão, em Portugal.

Vila Nova de Famalicão, 23 de Junho de 2025.

Raquel Cajão

Raquel Cajão, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetria



CLÍNICA
Dr.ª Saritta Nápoles

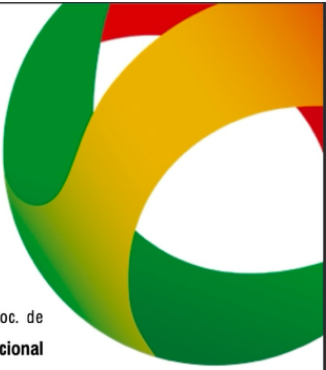
Anexo IV - Certificado de participação no Curso: Parto verticalizado e Novas Formas de Posicionar no TP / Período Expulsivo



Anexo V - Certificado de participação no curso Anatomia Funcional do Parto Fisiológico em Hospital



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALMADA - SEIXAL



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL
(Dec.Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril)

CENTRO DE CONHECIMENTO, INVESTIGAÇÃO E INOVAÇÃO (CCII)
Entidade Acreditada pela ACSS através do Despacho 13019/98, Proc. Renovação nº 034/14-11-2000

Certifica que **ANA FILIPA GIL MARTINS**, nascido a 11-07-1997, com nacionalidade Portugal, portador do Doc. de Identificação nº 14844559-4ZW2, válido até 01-09-2026, frequentou 21h00 do Curso de Formação **Anatomia Funcional do Parto Fisiológico em Hospital** realizado de 27-01-2026 a 29-01-2026 com a duração total de 21h00, tendo obtido a classificação final na avaliação teórica de Aprovado numa escala de Aprovado/Reprovado.

Almada, 16 de março de 2026



Margarida Ferreira
Centro de Conhecimento, Investigação e Inovação (CCII)
Diretora



Élia Santos
Centro de Conhecimento, Investigação e Inovação (CCII)
Responsável pela Unidade de Formação

Certificado Nº 1936/2026



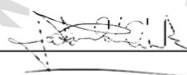
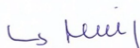
Anexo VI - Certificado de presença no laboratório Bebê Vida**CERTIFICADO DE PRESENÇA DE VISITA AO LABORATÓRIO**

CERTIFICA QUE

Ana Filipa Gil Martins

REALIZOU VISITA AO LABORATÓRIO DA BÉBEVIDA NO DIA 16 DE JUNHO DE 2025, TENDO ACOMPANHADO OS PROCESSOS DE RECEÇÃO, PROCESSAMENTO, CRIOPRESERVAÇÃO E ARMAZENAMENTO DE AMOSTRAS DE SANGUE DO CORDÃO E TECIDO DO CORDÃO UMBILICAL. FOI TAMBÉM VERSADO O TEMA DAS BOAS PRÁTICAS DE COLHEITA DE SANGUE E TECIDO DO CORDÃO UMBILICAL E SANGUE PERIFÉRICO MATERNO DE ACORDO COM AS RECOMENDAÇÕES DA LEI 12/2009 DE 26 DE MARÇO E DAS NORMAS DA FACT-FOUNDATION FOR ACCREDITATION OF CELLULAR THERAPY E AABB – ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF BLOOD AND BIOTHERAPIES.

Nº DE HORAS DE FORMAÇÃO: 3 HORAS

31 DE OUTUBRO 2025DIRECTOR CLÍNICO
DRA. LUÍS MARINHORESP. QUALIDADE
JOÃO SOUSA

Anexo VII - Certificado de participação no IV Encontro Chicco: “Desafios da Parentalidade: Cuidar com Confiança”



Anexo VIII - Certificado de participação no Nacer Positivo - VII Encontro Internacional de Novos Paradigmas na Saúde da Mulher e no Nascimento

Certificado

Certifica-se que **Ana Filipa Gil Martins** participou no Nacer Positivo – VII Encontro Internacional de Novos Paradigmas na Saúde da Mulher e no Nascimento, nos dias 7 e 8 de outubro de 2025, com a duração de 13,5 horas, conforme programa.

O evento decorreu no Auditório do Edifício Porto Inova, no Porto, Portugal.

Porto, 8 de outubro de 2025



Anexo IX - Certificado de participação no 4º Encontro de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO)



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALMADA - SEIXAL

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Dec.Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril)

CENTRO DE CONHECIMENTO, INVESTIGAÇÃO E INOVAÇÃO (CCII)

Entidade Acreditada pela ACSS através do Despacho 13019/98, Proc. Renovação nº 034/14-11-2000

Certifica que **ANA FILIPA GIL MARTINS**, nascido a 11-07-1997, com nacionalidade Portugal, portador do Doc. de Identificação nº 14844559-4ZW2, válido até 01-09-2026, frequentou 06h45 do Curso de Formação **4º Encontro EEESMO - ULS Almada Seixal** realizado a 09-05-2025, com a duração total de 06h45, tendo obtido a classificação final na avaliação teórica de Aprovado numa escala de Aprovado/Reprovado.

Almada, 27 de março de 2026

Margarida Ferreira
Centro de Conhecimento, Investigação e Inovação (CCII)
Diretora

Élia Santos
Centro de Conhecimento, Investigação e Inovação (CCII)
Responsável pela Unidade de Formação

Certificado Nº 3571/2025



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALMADA - SEIXAL

Anexo X - Comprovativo da *Scoping Review* “A liberdade de movimentos no trabalho de parto e a sua influência na duração do período expulsivo: revisão *scoping*” - Revista *Salutis Scientia*

Salutis Scientia

Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

Data: 2026-01-21 09:55

Referência artigo: SS-341

Título: A liberdade de movimentos no trabalho de parto e a sua influência na duração do período expulsivo: revisão *scoping*

Cara Autora,

Informamos que o artigo está aceite e será publicado com a brevidade possível.
De seguida serão enviadas as provas para validação em 48h.

Melhores cumprimentos

Salutis Scientia

Revista de Ciências da Saúde da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa
Av. de Ceuta, Edifício Urbiceuta, piso 6
1350-125 Lisboa