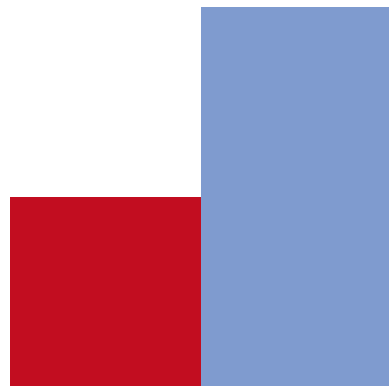


BENEFÍCIOS DA HIDROTERAPIA NO TRABALHO DE PARTO: A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

Sophia Dias Afecto

Maio-26





ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
CRUZ
VERMELHA
PORTUGUESA

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

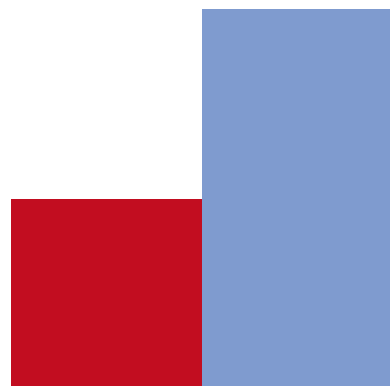
Sophia Dias Afecto

BENEFÍCIOS DA HIDROTERAPIA NO TRABALHO DE PARTO: A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz
Vermelha Portuguesa — Lisboa para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Orientadora
Professora Doutora Dora Carteiro

Maio-26



“A água é a força motriz de toda a natureza.” - Leonardo da Vinci

Agradecimentos

A realização deste percurso representa muito mais do que uma etapa académica concluída, é o reflexo de um caminho feito com dedicação, desafios, crescimento e, sobretudo, com o apoio incondicional de pessoas que estiveram sempre ao meu lado.

Aos meus pais, por serem o meu maior alicerce, a minha força e o meu refúgio.

Por acreditarem em mim em todos os momentos, mesmo quando eu própria duvidei, e por nunca me deixarem desistir. Pelo amor incondicional, pela paciência, pelo apoio constante e por todos os sacrifícios silenciosos que fizeram para que eu pudesse chegar até aqui. Nada disto seria possível sem vocês e por isso esta conquista é, também, vossa.

À minha avó, pelo carinho constante, pela escuta atenta e pelos conselhos que tantas vezes me deram força para continuar. Pela presença tranquila e pelo amor que sempre me acompanhou ao longo deste caminho.

À Mariana, minha grande amiga de vida e, por sorte, colega de mestrado e de profissão. Obrigada por estares ao meu lado em todos os momentos, muito para além deste percurso académico, por seres um apoio constante, presença segura e por nunca me deixares desistir. Por partilharmos esta caminhada, por celebrarmos juntas cada conquista e por enfrentarmos lado a lado todos os desafios. Ter-te na minha vida é, sem dúvida, um dos maiores privilégios que levo comigo.

Ao Filipe, ao Zé e ao Martim, amigos de tantos anos e de todas as fases da minha vida, por serem presença constante e incondicional. Obrigada por tudo o que fazem por mim, pelo apoio, pela amizade verdadeira e por nunca me deixarem sentir sozinha, independentemente das circunstâncias. Por celebrarem comigo cada conquista, por me ampararem nos momentos mais difíceis e por serem, sempre, um porto seguro. Ter-vos na minha vida é, sem dúvida, uma das minhas maiores sortes.

Ao Miguel, que chegou à minha vida numa fase exigente, mas que rapidamente se tornou essencial. Obrigada por toda a força, pelo apoio, pela forma como acreditaste em mim e por trazeres ainda mais felicidade, calma e equilíbrio aos meus dias. Foste, sem dúvida, uma peça fundamental nesta reta final.

À Carolina e à Inês, colegas de turma e de grupo de trabalho, pela entreaajuda constante, pela disponibilidade e por terem, sempre que possível, facilitado e contribuído de forma significativa para este percurso.

À minha querida colega, supervisora clínica e amiga Vânia, por tudo o que me ensinou, pela partilha de conhecimento, pela disponibilidade e pelo apoio ao longo deste

percurso, contribuindo de forma determinante para o meu crescimento profissional e pessoal.

A todos os restantes supervisores clínicos, EEESMO Sara A., EEESMO Sara G., EEESMO Sandro e EEESMO Sílvia, pelo acompanhamento, pela partilha e pelo contributo essencial para a construção de um percurso mais rico e significativo.

À minha supervisora pedagógica, Professora Doutora Dora C., pelo incentivo contínuo, pela exigência construtiva e por me motivar, sempre a dar o melhor de mim.

Por fim, ao restante corpo clínico, pela disponibilidade, pela partilha de saberes e por todo o apoio ao longo destes dois anos, que foram determinantes para a minha evolução enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

A todos, o meu mais profundo e sincero obrigada.

Resumo

O presente relatório, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, incide sobre a hidroterapia enquanto estratégia não farmacológica promotora do conforto durante o trabalho de parto, integrada na intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. A análise é orientada pela Teoria do Conforto de *Katherine Kolcaba*, privilegiando uma abordagem centrada na mulher e na promoção de experiências positivas ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

Como objetivos, pretende-se descrever os benefícios da hidroterapia, demonstrar o desenvolvimento de competências comuns, de mestre e específicas, assim como refletir sobre o percurso formativo realizado. Metodologicamente, recorreu-se a uma revisão narrativa da literatura sobre a temática, complementada por uma abordagem descritiva e reflexiva das intervenções desenvolvidas nos diferentes contextos de ensino clínico.

Os resultados evidenciaram melhorias ao nível do conforto físico e emocional, maior sensação de controlo por parte das mulheres e reforço da integração de estratégias não farmacológicas na prática. Verificou-se ainda um contributo relevante para a capacitação da mulher e para o envolvimento da pessoa significativa ao longo do processo.

Conclui-se que a hidroterapia se constitui como uma intervenção relevante na promoção do conforto e na melhoria da experiência de parto, reforçando a importância da sua integração sistematizada e da continuidade da investigação nesta área.

Palavras-chave: Hidroterapia; Trabalho de parto; Conforto; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Estratégias não farmacológicas.

Abstract

This report, developed within the scope of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, focuses on hydrotherapy as a non-pharmacological strategy to promote comfort during labor, within the scope of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health. The analysis is guided by Katharine Kolcaba's Comfort Theory, emphasizing a woman-centered approach and the promotion of positive experiences throughout the pregnancy-puerperal cycle.

The objectives were to describe the benefits of hydrotherapy, demonstrate the development of specialized competencies, and reflect on the training pathway undertaken. Methodologically, a narrative literature review on the topic was conducted, complemented by a descriptive and reflective approach to the interventions developed across different clinical training contexts.

The results showed improvements in physical and emotional comfort, an increased sense of control among women, and enhanced integration of non-pharmacological strategies into practice. A relevant contribution to women's empowerment and the involvement of significant others throughout the process was also observed.

It is concluded that hydrotherapy constitutes a relevant intervention in promoting comfort and improving the childbirth experience, reinforcing the importance of its systematic integration and the need for continued research in this area.

Keywords: *Hydrotherapy; Labor; Comfort; Specialist nurse; Non-pharmacological strategies.*

Índice

I. Introdução	13
II. Enquadramento Teórico	
II.1 Hidroterapia e os Benefícios no Trabalho de Parto	16
II.2 Limitações da Utilização da Hidroterapia Durante o Trabalho de Parto .	17
II.2.I Contraindicações para o uso da Hidroterapia	18
II.3 A Importância da Dor Durante o TP	19
II.4 Teórica de Enfermagem e a Hidroterapia.....	20
II.5 Trabalho de Parto.....	22
II.6 Parto na Água.....	23
III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Comuns, Específicas e de Mestre.....	26
III.1 Contextualização do Serviço: Cuidados de Saúde Primários	27
III.1.I Diagnóstico de Situação	28
III.1.II Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas e de Mestre	29
III.1.III Resultados Obtidos.....	32
III.1.IV Ganhos em Saúde	34
III.2 Contextualização do Serviço: Internamento de Grávidas.....	35
III.2.I Diagnóstico de Situação	36
III.2.II Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas e de Mestre	36
III.2.III Resultados Obtidos.....	39
III.2.IV Ganhos em Saúde	40
III.3 Contextualização do Serviço: Internamento de Puérperas.....	41

III.3.I Diagnóstico de Situação	42
III.3.II Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas e de Mestre	43
III.3.III Resultados Obtidos.....	46
III.3.IV Ganhos em Saúde	47
III.4 Contextualização do Serviço: Bloco de Partos	48
III.4.I Diagnóstico de Situação	49
III.4.II Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas e de Mestre	50
III.4.III Resultados Obtidos.....	55
III.4.IV Ganhos em Saúde.....	56
III. 5 Exames na Gravidez de Alto Risco e Exames Especiais de Ginecologia.....	57
IV. Considerações Finais	60
V. Referências Bibliográficas.....	63
Apêndices	
Apêndice A – Análise SWOT: Curso Atualizado de Sutura Perineal.....	69
Apêndice B – Análise SWOT: 1º Curso de Urgências e Emergências Obstétricas da ULS Amadora/Sintra	69
Apêndice C - Análise SWOT: 1º Jornadas de Enfermagem Obstetrícia da ULSLO.....	70
Apêndice D – Artigo submetido - <i>Scoping Review</i> : “Administração de Ocitocina Sintética Durante o Trabalho de Parto e Estabelecimento do Aleitamento Materno”	71
Apêndice E - Póster Científico: “Benefícios do Banho em <i>Swaddle</i> no Recém-Nascido” no XXVI Congresso Nacional e X Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetra.....	82
Apêndice F – PIF: Plano de Projeto.....	83
Apêndice G – Sessão de Educação para a Saúde “Benefícios da Hidroterapia no	

Trabalho de Parto”	86
Apêndice H – Plano de Sessão “Benefícios da Hidroterapia no Trabalho de Parto”	91
Apêndice I - Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde “Benefícios da Hidroterapia no Trabalho de Parto”	92
Apêndice J – Sessão de Educação para a Saúde “Sexualidade e Afetos no Pós-Parto”	94
Apêndice K – Plano de Sessão “Sexualidade e Afetos no Pós-Parto”	97
Apêndice L – Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde “Sexualidade e Afetos no Pós-Parto”	98
Apêndice M - Roteiro para as Grávidas em Contexto de Indução ou Fase Latente do Trabalho de Parto	100
Apêndice N - Roteiro para Análise dos Ganhos em Saúde, durante a Indução ou Fase Latente do Trabalho de Parto	100
Apêndice O - Roteiro para as Puérperas durante o Internamento no Pós-Parto	101
Apêndice P - Roteiro para Análise dos Ganhos em Saúde, durante o Internamento no Pós-Parto.....	101
Apêndice Q – Roteiro Aplicado às Parturientes no Bloco de Partos	102
Apêndice R – Sessão de Sensibilização à Equipa de Enfermagem: “Benefícios da Hidroterapia no Trabalho de Parto: A Intervenção do EEESMO”	103
Apêndice S – Plano de Sessão “Benefícios da Hidroterapia no Trabalho de Parto: A Intervenção do EEESMO”	105
Apêndice T – Avaliação da Sessão “Benefícios da Hidroterapia no Trabalho de Parto: A Intervenção do EEESMO”	106
Apêndice V – Plano de Sessão “Cromoterapia: A Luz que Cuida”	117
Apêndice X – Avaliação da Sessão “Cromoterapia: A Luz que Cuida”.....	118
Apêndice Y – Póster Informativo “Cromoterapia: A Terapia das Cores em 5 Passos”	126

Anexos

Anexo I – Diploma do Curso Atualizado de Sutura Perineal	127
Anexo II – Diploma do 1º Curso de Urgências e Emergências Obstétricas da ULS Amadora/Sintra	128
Anexo III – Certificado de Presença das 1º Jornadas de Enfermagem Obstetrícia da ULSLO	129
Anexo IV – Certificado do 1º Prémio PÓSTER: XXVI Congresso Nacional e X Congresso Internacional da APEO	130

Lista de Siglas

ACOG – *American College of Obstetricians and Gynecologists*

APGAR – *Appearance/Pulse/Grimace/Activity/Respiration*

BP – Bloco de Partos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ENF – Estratégias Não Farmacológicas

IG – Internamento de Grávidas

IP – Internamento de Puérperas

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

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIF – Projeto Individual de Formação

RN – Recém-Nascido

TP – Trabalho de Parto

SWOT – *Strengths Weaknesses Opportunities Threats*

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

I. Introdução

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, integrada no plano de estudos do 2.º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO). Este relatório insere-se no contexto do Estágio de Natureza Profissional, o qual visa a integração progressiva do estudante no exercício de uma atividade profissional em instituições de saúde, de acordo com a matriz formativa definida pelo Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem ¹.

Neste âmbito, o processo formativo implica a elaboração de um Projeto Individual de Formação (PIF), no qual são definidos os objetivos de aprendizagem e planeadas as atividades a desenvolver nos diferentes contextos de Ensino Clínico (EC), bem como a elaboração de um relatório final que evidencie as atividades realizadas e a avaliação do grau de concretização dos objetivos previamente definidos ¹.

Assim, o relatório de estágio assume-se como um instrumento de análise crítica e reflexiva do percurso formativo desenvolvido ao longo dos diferentes contextos de EC, permitindo evidenciar o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e das competências de mestre, em articulação com os objetivos definidos no PIF.

O título do presente relatório é **“Benefícios da Hidroterapia no Trabalho de Parto: A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”**. A escolha desta temática resulta de uma motivação de natureza pessoal e profissional, decorrente da prática em contexto de Bloco de Partos (BP), onde foi possível observar, de forma consistente, o impacto da utilização de Estratégias Não Farmacológicas (ENF), nomeadamente a hidroterapia, na experiência da mulher durante o Trabalho de Parto (TP), particularmente ao nível do conforto e da perceção da dor ^{2,3}. Paralelamente, a literatura recente evidencia que a implementação destas intervenções se associa a uma melhoria da experiência de parto e a ganhos em saúde relevantes para a saúde materna, nomeadamente pela diminuição da perceção da dor, pelo aumento da taxa de parto vaginal e do nível de conforto, sem efeitos adversos para a saúde materna e neonatal durante o processo de nascimento. ⁴. Assim, este tema insere-se na necessidade crescente de promover cuidados centrados na mulher, baseados na evidência e respeitadores da fisiologia do TP ^{2,3}.

O TP constitui um processo fisiológico complexo, frequentemente acompanhado

por dor, ansiedade e elevada carga emocional ²⁻⁵. A forma como este processo é vivenciado pode influenciar significativamente a experiência de parto da mulher, bem como os resultados maternos e neonatais ^{2,3,5}. Neste contexto, tem-se vindo a reforçar a importância da integração de estratégias não farmacológicas no alívio da dor, não apenas como complemento às abordagens farmacológicas, mas como intervenções que contribuem para uma experiência de parto mais positiva e menos medicalizada ^{2,3}. Evidência científica recente demonstra que a utilização da hidroterapia durante o TP está associada à diminuição da percepção da dor, aumento do conforto materno e melhoria da progressão do parto, reforçando a pertinência da sua integração nos cuidados obstétricos ⁶.

Em alinhamento com as recomendações mais recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Direção Geral da Saúde (DGS), do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) e da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), tem-se vindo a privilegiar a adoção de práticas clínicas que respeitem a fisiologia do parto, promovam a autonomia da mulher e reduzam intervenções desnecessárias nos cuidados intraparto, optando por valorizar ENF que favoreçam o bem-estar da parturiente ^{2, 3, 5-7}.

Entre estas estratégias destaca-se a hidroterapia, definida como a utilização terapêutica da água aquecida durante o TP ^{2,8}. A sua implementação exige avaliação clínica adequada, monitorização materno-fetal e tomada de decisão fundamentada, enquadrando-se nas competências específicas do EEESMO, nomeadamente na prestação de cuidados seguros, individualizados e baseados na evidência científica ^{2,9-11}.

Metodologicamente, recorreu-se a uma revisão narrativa da literatura sobre a temática, complementada por uma abordagem descritiva e reflexiva das intervenções desenvolvidas nos diferentes contextos de EC, permitindo a articulação entre evidência científica e prática clínica.

Assim, o desenvolvimento do relatório pretende contribuir para a análise crítica do percurso de desenvolvimento de competências realizado ao longo dos ECs. Tendo em conta o exposto, definiram-se como objetivos:

- 1) Descrever os benefícios da hidroterapia no trabalho de parto enquanto intervenção especializada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;

- 2) Demonstrar a aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do EEESMO e das competências de mestre, através da análise crítica das intervenções desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de EC;
- 3) Refletir sobre o percurso de aprendizagem e desenvolvimento profissional enquanto futura EEESMO, integrando as experiências vivenciadas durante os ECs e a concretização dos objetivos definidos no PIF.

O presente relatório inicia-se com a introdução, onde se apresenta o contexto, a pertinência do tema e os objetivos definidos. Segue-se uma componente teórica dedicada à abordagem da hidroterapia no TP e à sua relação com a Teoria do Conforto de *Katherine Kolcaba*. Posteriormente, são descritos os diferentes contextos de EC, com caracterização dos serviços e desenvolvimento das atividades realizadas, integrando o plano de projeto, os resultados obtidos e os ganhos em saúde. Ao longo destes capítulos, evidencia-se a relação entre a prática desenvolvida e o desenvolvimento das competências específicas, comuns e de mestre. Por fim, apresenta-se a conclusão, onde é realizada uma reflexão sobre o percurso formativo, o grau de concretização dos objetivos, as dificuldades encontradas, os ganhos obtidos e as perspetivas de desenvolvimento futuro na área de especialidade.

II. Enquadramento Teórico

II.1 Hidroterapia e os Benefícios no Trabalho de Parto

A água assume um papel fundamental no desenvolvimento humano desde a vida intrauterina. Durante a gestação, o líquido amniótico, composto por 98% de água, tem diversas funções como: proteção de traumatismos fetais; manutenção da temperatura; permite os movimentos fetais; reduz as aderências ao âmnio; depósito de secreções e excreções fetais e recebe a maioria das contrações no TP ¹². Assim como o líquido amniótico, envolve e protege o feto durante toda a gestação, a utilização de água morna oferece à parturiente um ambiente de acolhimento, conforto e segurança ^{2,3,5,7}.

A hidroterapia é uma ENF conhecida pelos seus benefícios no alívio da dor e na promoção do conforto durante o TP ^{3,13-16}. Este método baseia-se na utilização de água morna, aplicada através de imersão em banheiras ou localizada em duches, sendo particularmente eficaz ao atuar no mecanismo de controlo da dor conhecido como *gate control* ². A teoria da dor do *gate control*, defende que a aplicação de um estímulo, no caso a água morna, na zona onde se sente dor diminui a transmissão de estímulos dolorosos ao sistema nervoso central, reduzindo significativamente a perceção da dor ².

A hidroterapia utiliza o calor e a flutuabilidade da água para relaxar os músculos, diminuir a tensão e estimular a libertação de ocitocina e endorfinas, hormonas essenciais para a progressão do TP e para o alívio da dor ^{2,5,8,13}. Este método também reduz os níveis de catecolaminas, responsáveis por aumentar a ansiedade e dificultar a evolução natural do TP ². A promoção da hidroterapia durante o TP implica também a criação de um ambiente que assegure privacidade e tranquilidade, permitindo que a parturiente experiencie sensações de serenidade, prazer e segurança, enquanto beneficia de um espaço acolhedor e calmo ^{8,13-15}.

Adicionalmente, a água promove a melhoria na circulação sanguínea, a redução da pressão arterial e a diminuição da pressão sobre a veia cava inferior, devido à posição vertical contribuindo para o bem-estar geral materno-fetal ^{2,5,8}.

A prática é considerada segura e eficaz quando realizada adequadamente, não apresentando efeitos secundários significativos, o que a torna muito utilizada ^{2,5,8,17}. Durante a imersão em banheiras, recomenda-se que a temperatura da água não ultrapasse os 38 °C para garantir a segurança do feto e proporcionar conforto à parturiente, assim como a parturiente deve estar emersa na água até aos ombros ^{2,18}. O tempo ideal de

permanência na água é de uma a uma hora e meia, com intervalos de 30 minutos, permitindo que a grávida beneficie ao máximo do relaxamento e alívio proporcionados^{2,18}. A posição da mulher deve ser ajustada às suas preferências, como sentada, ajoelhada ou reclinada, de forma a garantir liberdade de movimento e maior conforto^{2,5,8}. É uma técnica que pode ser usada quer a parturiente tenha a bolsa amniótica intacta ou não².

No caso dos duches, que atualmente é o recurso mais utilizado pelas maternidades portuguesas, este destaca-se pela sua versatilidade e eficácia no alívio da dor durante o primeiro e segundo estágio do TP^{2,5,8,13,16}. A água morna pode ser dirigida para áreas específicas, como as costas ou o abdómen, proporcionando alívio localizado e permitindo à parturiente adotar diferentes posições de acordo com o seu conforto^{2,16,19}. Além disso, este método facilita a participação ativa do parceiro/a, fortalecendo a conexão do casal e promovendo um ambiente de apoio^{2,19}.

O duche não só alivia a dor, mas também melhora o bem-estar e a satisfação da mulher, permitindo maior liberdade de movimentos para atender às suas necessidades individuais ao longo do TP^{2,19}. Devido aos avanços tecnológicos, muitos transdutores da cardiotocografia são agora à prova de água e *wireless*, possibilitando o uso contínuo do duche, dependendo das condições obstétricas e das preferências da parturiente.

Face aos benefícios descritos, torna-se igualmente relevante compreender as limitações e condições de utilização da hidroterapia no TP.

II.2 Limitações da Utilização da Hidroterapia Durante o Trabalho de Parto

A hidroterapia, apesar de amplamente reconhecida pelos seus benefícios no TP, enfrenta limitações que exigem consideração para garantir a sua aplicação eficaz e segura¹⁰. Entre as principais limitações destacam-se:

- A monitorização fetal, visto que a utilização da água pode dificultar a vigilância contínua dos batimentos cardíacos fetais¹⁰. Embora dispositivos à prova de água e *wireless* permitam monitorização intermitente, esta pode ser insuficiente em contextos que exijam uma avaliação constante e detalhada¹⁰.
- Limitações estruturais, muitas maternidades não possuem banheiras adequadas, sistemas de aquecimento e higienização, ou duches individuais para atender as parturientes de forma segura e confortável¹⁰.
- Formação profissional, uma vez que, a aplicação da hidroterapia requer conhecimentos específicos para garantir a segurança materno-fetal¹⁰.

- Preferências individuais, considerando que nem todas as mulheres se sentem à vontade para utilizar a hidroterapia, seja por razões pessoais, culturais ou pela presença de condições como a hidrofobia, caracterizada pelo medo intenso de água ¹⁰. Nestes casos, a utilização da hidroterapia pode causar mais desconforto do que alívio¹⁰.

II.2.I Contraindicações para o uso da Hidroterapia

Apesar dos inúmeros benefícios, associados à utilização da hidroterapia durante o TP, esta tem também algumas contraindicações para o seu uso, como ^{2,11}:

- Doenças cardíacas e/ou pulmonares ¹;
- Eclâmpsia ¹¹;
- Sangramento vaginal persistente ^{2,11};
- Restrição de crescimento intrauterino ²;
- Ameaça de parto pré-termo, uma vez que, a hidroterapia apenas é recomendada a parturientes, cuja gestação seja igual ou superior a 37 semanas ^{2,11};
- Alterações na frequência cardíaca fetal ¹¹;
- Presença de líquido amniótico meconial espesso, ou outra suspeita de mal-estar materno-fetal ¹¹;
- Diabetes mal controlada ²;
- Epilepsia ²;
- Função tiroideia alterada ²;
- Anemia, hemoglobina inferior a 10 mg/l ²;
- Infecções respiratórias ²;
- Infecção urinária ou vaginal ²;
- Infecções ativas ^{2,11};
- Doenças de pele ou feridas abertas ²;
- Pirexia ^{2,11};
- Incontinência urinária significativa ²;
- Obesidade mórbida (Índice de Massa Corporal acima de 40) ².

A identificação destas contraindicações reforça a necessidade de uma avaliação prévia, contínua e individualizada, permitindo adequar a utilização da hidroterapia às condições clínicas de cada parturiente ^{2,11,18}. Desta forma, a sua aplicação deve ser

integrada numa tomada de decisão segura e fundamentada, garantindo que esta estratégia é utilizada apenas quando contribui efetivamente para o conforto, bem-estar e qualidade dos cuidados prestados.

Assim, após clarificadas as condições que podem limitar a utilização da hidroterapia, torna-se pertinente aprofundar a importância da dor durante o TP, enquanto fenómeno fisiológico, emocional e individual que influencia a vivência da mulher e a seleção das estratégias de conforto mais adequadas ²⁰.

II.3 A Importância da Dor Durante o TP

A dor no sentido literal da palavra significa um estímulo nocivo físico ou emocional ². No entanto, na área da obstetrícia a dor deve ser encarada de forma positiva, uma vez que dela normalmente advém a progressão do TP ^{2,21}.

A DGS, através da Circular Normativa Nº 9 de 2003, reconheceu a dor como o quinto sinal vital, destacando a sua importância na avaliação e gestão integral dos cuidados de saúde ²².

Durante o TP, a dor é então uma componente essencial e intrínseca ao processo fisiológico do nascimento ^{2,20,21}. No contexto do nascimento, a dor desempenha um papel essencial, não apenas na progressão fisiológica do parto, mas também como uma experiência emocional e simbólica que, para algumas parturientes, é vivida de forma empoderadora ^{2,20,21}. O TP envolve um conjunto de alterações fisiológicas que resultam em estímulos dolorosos decorrentes das contrações uterinas, da dilatação do colo do útero, assim como da compressão dos tecidos pélvicos ^{2,20,21}. Estes estímulos promovem a libertação de hormonas como a ocitocina e as endorfinas, contribuindo para a continuidade e a eficiência do TP ^{2,20,21}. Esta compreensão “positiva” da dor possibilita encará-la como um fenómeno inerente e funcional, ao contrário de a interpretar como um elemento negativo a ser suprimido ^{2,20,21}.

O modo como cada parturiente percebe e lida com a dor do TP varia significativamente ^{2,20,21}. As que encaram o processo com medo, ansiedade e *stress* tendem a intensificar a percepção da dor, tornando-a mais difícil de gerir ^{2,20,21}. Este aumento do *stress* estimula a libertação de catecolaminas, hormonas responsáveis pela resposta de “*luta ou fuga*”, que podem interferir na progressão do TP e amplificar o desconforto experienciado pela parturiente ²³. Em contrapartida, parturientes que recebem suporte emocional contínuo e que previamente se prepararam para o processo, através por exemplo, dos cursos de preparação para o parto, tendem a vivenciar a dor de forma mais

controlada ^{2,20,21}. Esta diversidade na gestão da dor, enfatiza a importância de uma abordagem personalizada por parte do EEESMO responsável e restante equipa multidisciplinar no cuidado individualizado de cada parturiente ^{2,20,21}.

O ambiente onde o parto ocorre também desempenha um papel determinante na percepção e gestão da dor ^{2,20,21}. Um ambiente acolhedor e respeitador, que ofereça privacidade e promova a segurança emocional da parturiente, é essencial para minimizar os fatores externos que podem intensificar a dor ^{2,20,21}. A presença do parceiro/a, a liberdade de movimentos e o respeito pelas escolhas individuais da parturiente são também elementos-chave para a criação de um espaço que favoreça uma vivência mais positiva do parto ^{2,20,21}.

Culturalmente, a dor no TP tem sido encarada de diferentes formas ^{2,21}. Em sociedades onde o parto é visto como um processo natural, a dor tende a ser normalizada, enquanto em contextos onde o parto é medicalizado, nomeadamente no meio hospitalar, ela é frequentemente interpretada como um problema a ser resolvido ^{2,21}. Este contraste enfatiza a necessidade de uma abordagem equilibrada, que compreenda a dor como uma componente inerente ao parto, ao mesmo tempo que valorize e responda às necessidades individuais de conforto e gestão de cada parturiente ^{2,21}.

Em 2018, a OMS publicou novas recomendações para a promoção de uma experiência de parto positiva, destacando que as ENF, como a hidroterapia, desempenham um papel importante na redução do desconforto, no alívio da dor e na melhoria da vivência do parto para cada parturiente ³.

Neste sentido, a compreensão da dor e da sua gestão durante o TP remete para a necessidade de enquadramento num modelo teórico de enfermagem que sustente as intervenções do EEESMO.

II.4 Teórica de Enfermagem e a Hidroterapia

A Teoria do Conforto de *Katharine Kolcaba* constitui um modelo conceptual que fundamenta práticas de enfermagem centradas na promoção do conforto e do bem-estar individual de cada pessoa ²⁴. Nesta teoria, o conforto é abordado em duas dimensões principais ²⁴⁻²⁶. A primeira refere-se aos três estados de conforto: alívio, tranquilidade e transcendência ²⁴⁻²⁶. A segunda dimensão, por sua vez, contextualiza o conforto em quatro categorias: físico, psicoespiritual, ambiental e social ²⁴⁻²⁶.

A hidroterapia destaca-se como uma ENF eficaz, que proporciona uma experiência mais positiva e natural durante o TP, atuando tanto no alívio da dor como na

criação de um ambiente favorável à parturiente ^{24,26}.

Para além do impacto na dimensão física, onde a hidroterapia ajuda a diminuir a percepção da dor sentida, esta também oferece um suporte emocional significativo, alinhando-se com a dimensão psicológica do conforto definida por *Kolcaba* ²⁴. No que diz respeito ao ambiente, a utilização da água quente promove uma sensação de tranquilidade, ao reduzir a ansiedade e o medo, fatores que muitas vezes condicionam negativamente a experiência do parto ^{2,24,26}. Esta intervenção oferece ainda um espaço de privacidade e liberdade para que a parturiente possa escolher as posições mais confortáveis e ajustadas às suas necessidades ^{2,24,26}. Adicionalmente, a participação ativa do acompanhante é incentivada, o que fortalece os laços emocionais e cria um suporte relacional essencial, alinhando-se com a dimensão sociocultural do conforto ^{2,24}.

Relativamente aos tipos de conforto, segundo *Kolcaba*, a aplicação da hidroterapia proporciona alívio imediato da dor física, reduzindo a intensidade das contrações e o desconforto muscular ^{2,24}. Além disso, a água morna e o ambiente relaxante ajudam a parturiente a alcançar um estado de tranquilidade, onde a ansiedade e o *stress* são minimizados ^{2,24}. Este estado emocional favorece a libertação de hormonas benéficas, como a ocitocina, que contribuem para a progressão natural do TP ²⁴. Por fim, a transcendência, enquanto um dos pilares centrais desta teórica, é igualmente promovida pela hidroterapia ^{2,24}. Este conceito reflete-se na capacidade de a parturiente superar as dificuldades e vivenciar o parto como um momento transformador e empoderado ^{2,24}. A conexão emocional com o seu parceiro/a é igualmente intensificada ^{2,24}.

Considerando que uma das intervenções específicas do EEESMO é promover o conforto e o alívio da parturiente e da sua família durante o TP, as competências essenciais definidas pela *International Confederation of Midwives* reforçam a importância da promoção do conforto, da autonomia e de uma experiência positiva da mulher, através de intervenções baseadas na evidência e respeitadoras da fisiologia do processo ^{9,27}. Sendo a Teoria do Conforto de *Katharine Kolcaba* uma base estruturante para orientar o planeamento, implementação e avaliação das práticas do EEESMO, permitindo a prestação de cuidados holísticos centrados na mulher ao longo do processo do TP, justificando assim a sua escolha como fundamentação teórica deste relatório ²⁴⁻²⁶.

Neste sentido, a hidroterapia, enquanto ENF, enquadra-se de forma consistente na Teoria do Conforto de *Katharine Kolcaba*, uma vez que permite intervir de forma integrada nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e sociocultural do conforto. A sua utilização durante o TP possibilita não só o alívio da dor e a promoção do relaxamento, mas também o reforço da autonomia, da segurança emocional e da participação ativa da

mulher no seu processo de parto, justificando a sua integração na prática especializada do EEESMO. Assim, compreender o conforto como foco da intervenção implica também reconhecer a dinâmica fisiológica do TP, pelo que se torna pertinente aprofundar, de seguida, este processo e as suas diferentes fases.

II.5 Trabalho de Parto

O TP é definido como um processo fisiológico, caracterizado por contrações uterinas, alterações progressivas no colo do útero, como o apagamento e a dilatação, a descida do feto pelo canal de parto, culminando no nascimento do Recém-Nascido (RN) e por fim na expulsão da placenta ²⁸⁻³⁰. Posto isto, o TP é dividido em quatro estádios: apagamento e dilatação do colo, período expulsivo, dequitação e puerpério imediato ²⁸⁻³⁰.

Cada um destes estádios apresenta características próprias, com tempos de duração estimados e intervenções adequadas, sendo essencial uma monitorização contínua e criteriosa para garantir a segurança materno-fetal ²⁸⁻³⁰.

O apagamento e dilatação do colo do útero (1º estágio do TP) é dividido em duas fases: fase latente e fase ativa ³⁰. A fase latente, é caracterizada por contratilidade uterina rítmica e regular que resulta no apagamento do colo do útero e numa dilatação inicial ²⁸⁻³⁰. Segundo a DGS, esta fase prolonga-se até que a dilatação do colo do útero atinja os quatro centímetros ²⁸. No entanto, a ACOG considera a fase latente até aos seis centímetros de dilatação ²⁹. Esta divergência reflete diferentes abordagens à progressão do TP, mas ambas destacam que este período é mais prolongado nas primíparas e pode ser influenciado por fatores como a intensidade das contrações e a resposta individual da parturiente ^{28,29}. A duração desta fase é então variável, podendo durar até 20 horas em primíparas e até 14 horas em múltiparas ^{28,29}. Durante esta fase, se o bem-estar materno-fetal for mantido, deve-se manter uma atitude expectante, evitando técnicas invasivas, como a amniotomia ^{28,29}.

A fase ativa corresponde ao período em que a dilatação cervical ocorre de forma mais rápida e eficiente, abrangendo desde os 4 ou 6 cm até aos 10 cm de dilatação, dependendo do critério adotado ²⁸⁻³⁰. Durante esta fase, as contrações uterinas tornam-se mais regulares, intensas e frequentes, promovendo a progressão do TP ²⁸⁻³⁰. Na ausência de complicações, a DGS recomenda considerar a necessidade de intervenções, como a amniotomia ou a indução do TP por perfusão ocitócica, caso a parturiente permaneça nos

seis centímetros de dilatação cervical por mais de duas horas ²⁸. Se, após 4 horas de estimulação eficaz com ocitocina, a dilatação não avançar, considera-se TP estacionário, sendo necessário avaliar a possibilidade de cesariana ²⁸.

Quando a dilatação cervical atinge os dez centímetros é iniciado o período expulsivo (2º estágio do TP) ^{28,29}. Este período é caracterizado pela descida do feto pelo canal de parto, acompanhado pelos esforços expulsivos maternos ^{28,29}. A duração esperada para este período é de até duas horas em primíparas e uma hora em múltiparas, podendo estender-se por mais uma hora em casos de analgesia epidural ²⁸⁻³⁰. Após o nascimento, segue-se a dequitação (3º estágio do TP), que corresponde à expulsão da placenta e das membranas fetais ²⁸⁻³⁰. Este período requer avaliação rigorosa da integridade da placenta, a avaliação da contração uterina e a administração da ocitocina em perfusão intravenosa ou administração intramuscular ³¹.

A dequitação tem uma duração estimada entre 5 e 30 minutos ^{29,30}.

O puerpério imediato (4º estágio do TP) abrange as primeiras duas horas após o parto e é um período dedicado à recuperação inicial da mãe e à adaptação do RN à vida extrauterina ³⁰. Durante este período, é essencial monitorizar a involução uterina e observar as características dos lóquios ³⁰. São igualmente promovidos o contacto pele-a-pele e a amamentação precoce ³⁰.

A compreensão dos diferentes estádios do TP permite reconhecer este processo como uma sequência dinâmica e interdependente, na qual a vigilância clínica, o conforto da mulher, a promoção da fisiologia e a segurança materno-fetal assumem particular relevância. Deste modo, a intervenção do EEESMO deve adaptar-se às necessidades específicas de cada fase, integrando estratégias que favoreçam uma experiência de parto segura, positiva e centrada na mulher ².

Neste seguimento, e considerando que grande parte da evidência científica disponível sobre a utilização da água no TP se centra na imersão e no parto na água, torna-se pertinente realizar uma breve contextualização desta prática, distinguindo-a da utilização da hidroterapia sob a forma de duche, que corresponde à intervenção mais frequentemente disponível e aplicável no contexto clínico abordado neste relatório.

II.6 Parto na Água

Ainda que este relatório se centre na hidroterapia enquanto ENF utilizada durante o TP, nomeadamente através do recurso à água como medida de conforto, importa reconhecer que parte significativa da evidência disponível aborda a imersão em água e o

parto na água. Neste sentido, a sua breve contextualização permite enquadrar a literatura existente e distinguir esta prática da utilização da hidroterapia aplicada no contexto deste trabalho ³⁰.

O parto na água é uma prática antiga e que se realiza em diversos países em todo o mundo ¹¹. Este consiste na submersão da parturiente em água morna, numa banheira ou estrutura apropriada, durante o período expulsivo ^{11,33}. A imersão em água é recomendada em mulheres saudáveis, com gravidez de baixo risco e sem intercorrências, estando associada, quando utilizada desde o primeiro estágio do TP, à redução da necessidade de analgesia epidural e à promoção da fisiologia do parto ^{32,34}. Para a sua realização segura, é imprescindível manter rigorosas condições de higiene, assegurar a monitorização dos sinais vitais maternos e bem-estar fetal e garantir que a temperatura da água seja adequada ^{11,18,32-34}. Adicionalmente, é essencial que a parturiente esteja previamente informada sobre o procedimento, incluindo os benefícios, limitações e potenciais riscos, assegurando que este é realizado com o seu consentimento informado ^{11,14,33}.

Tendo em conta a crescente utilização desta técnica, surgiu a necessidade de criar um conceito de avaliação do Índice de APGAR (*Appearance/Pulse/Grimace/Activity/Respiration*) do RN adequado ao meio aquático, surgindo o AQUA-APGAR ¹¹. Este apresenta como critérios de avaliação do recém-nascido: **a)** Coloração; **b)** Frequência Cardíaca; **c)** Movimentos Oculares; **d)** Tónus Muscular; **e)** Esforços Respiratórios; **f)** Reflexo de Expulsão de Líquido dos Pulmões ¹¹.

Em Portugal o único Hospital Público que realizava o parto na água era o Hospital de São Bernardo, em Setúbal. Em 2014 a prática, exclusiva dos EEESMOs, deixou de se praticar depois da Ordem dos Médicos publicar um parecer desfavorável em relação à mesma, alegando falta de evidência científica que comprove os benefícios *versus* as possíveis complicações para o RN ^{33,35}.

Em resposta, Ordem dos Enfermeiros publicou o Parecer n.º 51/2014, no qual reconhece o EEESMO como profissional com competência para implementar e acompanhar o parto na água, assegurando a vigilância, a segurança e o bem-estar materno-fetal ^{33,35}. Contudo, apesar da discussão existente e da ausência de uma proibição legal explícita, esta prática não se encontra atualmente implementada de forma sistematizada nas instituições hospitalares portuguesas, o que evidencia a necessidade de enquadramento organizacional, critérios de segurança e protocolos de atuação bem definidos.

Este enquadramento permite compreender que a utilização da água no TP, seja sob a forma de hidroterapia ou, em contextos específicos, de parto na água, exige uma

intervenção especializada, segura e fundamentada. Assim, torna-se pertinente aprofundar as competências do EEESMO, enquanto profissional responsável pela avaliação, planeamento, implementação e monitorização de estratégias que promovam o conforto, a segurança e a qualidade dos cuidados à mulher durante o processo de parto ^{2,9}.

III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Comuns, Específicas e de Mestre

A realização do Estágio de Natureza Profissional com Relatório constituiu um elemento central no processo de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, permitindo a integração progressiva na prática clínica e a consolidação da intervenção do Enfermeiro Especialista. Este percurso promoveu a articulação entre o conhecimento científico e a prática, através da análise crítica das experiências vivenciadas nos diferentes contextos de EC.

A organização do presente relatório acompanha este percurso, iniciando-se pela contextualização dos locais de estágio e pela realização de diagnósticos de situação, que permitiram compreender as especificidades de cada contexto clínico. Estes contribuíram para a adequação das atividades aos contextos, tendo, em algumas situações, evidenciado necessidades adicionais que justificaram o acréscimo de novos objetivos e o desenvolvimento de atividades não inicialmente previstas no PIF.

O desenvolvimento do projeto, centrado na hidroterapia enquanto ENF, permitiu integrar atividades direcionadas para a promoção do conforto, da autonomia da mulher e do respeito pela fisiologia do TP. A sua aplicação nos diferentes contextos evidenciou a necessidade de ajustar as atividades às condições existentes e às preferências da mulher, reforçando a importância de cuidados individualizados.

Os ECs decorreram em diferentes contextos, nomeadamente Cuidados de Saúde Primários (CSP), Internamento de Grávidas (IG), Internamento de Puérperas (IP) e BP, tendo sido ainda realizada uma experiência de observação em Exames Especiais de Ginecologia e Exames na Gravidez de Alto Risco.

Ao longo deste capítulo será adotada a nomenclatura presente nos referenciais de competências utilizados, recorrendo-se à identificação por letras, domínios ou numeração, consoante se trate das competências de mestre, das competências comuns do enfermeiro especialista ou das competências específicas do EEESMO, de forma a tornar mais clara a articulação entre as atividades desenvolvidas e as competências mobilizadas ^{1,9,36}.

No que se refere às competências comuns do enfermeiro especialista, optou-se por destacar o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (**Domínio D - D.1 e D.2**), pela sua relevância no percurso desenvolvido, nomeadamente através da participação em formação contínua e da atualização científica ³⁶. Neste âmbito, destacam-se as seguintes formações frequentadas:

- Curso Atualizado de Sutura Perineal (**Anexo I**);

- 1.º Curso de Urgências e Emergências Obstétricas da ULS Amadora/Sintra (**Anexo II**);
- I Jornadas de Enfermagem de Obstetrícia da ULS Oeste (**Anexo III**).

Para cada uma destas formações foi realizada uma análise SWOT, permitindo refletir criticamente sobre os conhecimentos adquiridos e a sua aplicação na prática (**Apêndice A, B e C**). Os restantes domínios das competências comuns serão explorados de forma mais aprofundada ao longo do desenvolvimento do relatório, em articulação com os diferentes contextos e atividades realizadas.

Relativamente às competências de mestre, estas foram mobilizadas ao longo do percurso e serão aprofundadas nos capítulos seguintes, destacando-se particularmente a competência **(d) - contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada**¹. Neste âmbito, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Conclusão de uma *Scoping Review* iniciada na unidade curricular de Investigação em Enfermagem, intitulada “**Administração de Ocitocina Sintética Durante o Trabalho de Parto e Estabelecimento do Aleitamento Materno**”, atualmente submetida à Revista Científica de Enfermagem “*Salutis Scietia*” (**Apêndice D**), que se encontra em fase de apreciação;
- Submissão e apresentação de um póster científico, intitulado “**Benefícios do Banho em Swaddle no Recém-Nascido**” no XXVI Congresso Nacional e X Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, distinguido com o 1.º prémio (**Apêndice E**) e (**Anexo IV**), respetivamente.

Após esta contextualização, segue-se a apresentação dos diferentes contextos de EC, procurando evidenciar a forma como as atividades desenvolvidas, os resultados obtidos e os ganhos em saúde contribuíram para a consolidação das competências comuns, específicas e de mestre, numa perspetiva crítica e reflexiva do percurso realizado.

III.1 Contextualização do Serviço: Cuidados de Saúde Primários

O EC em CSP foi realizado numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrada numa Unidade Local de Saúde (ULS) da região de Lisboa, cuja população abrangente compreende aproximadamente 280.000 utentes, distribuídos por três freguesias, segundo os dados fornecidos pela unidade. A equipa direcionada à área de saúde materna e obstetrícia é constituída por duas EEESMO e duas Enfermeiras

Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, entre outros profissionais de saúde, assegurando uma resposta centrada na vigilância da gravidez, preparação para o parto, acompanhamento no período pós-natal e cuidados ao recém-nascido.

Esta unidade caracteriza-se por uma organização funcional articulada com diferentes estruturas de assistência, nomeadamente uma clínica integrada na mesma ULS, onde foi possível desenvolver atividades no âmbito da vigilância da gravidez de baixo risco e da consulta de revisão do puerpério. No desenvolvimento das atividades no âmbito da UCC, encontravam-se ainda disponíveis diferentes recursos físicos, nomeadamente um ginásio, uma sala equipada com projetor para sessões de educação para a saúde e, no espaço físico da própria UCC, dois gabinetes de atendimento e uma sala destinada a reuniões e apresentações. Esta articulação entre contextos e recursos permitiu uma abordagem contínua e integrada dos cuidados, potenciando a monitorização da saúde materno-fetal, o acompanhamento da mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal e a dinamização de intervenções educativas dirigidas às grávidas, puérperas e famílias.

Destaca-se, como atividade principal da UCC, na área da saúde materna, a dinamização de programas de preparação para o parto e parentalidade, desenvolvidos em diferentes espaços da comunidade, distribuídos pela área geográfica de Lisboa, facilitando o acesso das grávidas às intervenções educativas. Estas sessões presenciais constituem um espaço privilegiado para a promoção da literacia em saúde, capacitação da mulher e do casal e preparação para a vivência do TP, parto e período pós-natal.

Neste contexto, o EEESMO assume uma intervenção central na conceção, implementação e avaliação de intervenções dirigidas à mulher inserida na família e comunidade, promovendo cuidados diferenciados, baseados na evidência científica e orientados para a autonomia, segurança e bem-estar da mulher ⁹.

III.1.I Diagnóstico de Situação

A análise do contexto permitiu identificar que a unidade dispõe de um programa estruturado de preparação para o parto e parentalidade, com impacto relevante na promoção da literacia em saúde das grávidas. Neste enquadramento, e tendo em conta que a hidroterapia constitui o tema central do PIF, foi possível integrar esta abordagem nas intervenções desenvolvidas, tendo o projeto sido bem acolhido pela equipa. A sua implementação numa das sessões de preparação para o parto permitiu introduzir a temática das ENF, com enfoque na promoção do conforto no último trimestre da gravidez. Foram igualmente identificadas lacunas ao nível da educação para a saúde no período

pós-parto, particularmente na área da sexualidade, frequentemente pouco explorada nas intervenções desenvolvidas.

Neste contexto, importa salientar que os objetivos de intervenção foram previamente definidos no PIF (**Apêndice F**), tendo sido posteriormente complementados de acordo com as necessidades identificadas durante o EC. Para além disso, no sentido de aprofundar a compreensão da continuidade dos cuidados em saúde materna e obstétrica, foram ainda realizados turnos em contexto de consulta de vigilância da gravidez de baixo risco e de revisão do puerpério, permitindo uma visão mais abrangente do acompanhamento da mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

De forma global, a adequação das intervenções ao contexto, incluindo o desenvolvimento de atividades não planeadas, foi orientada por uma lógica de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, em consonância com os referenciais da prática especializada. Estas atividades serão explicitadas no capítulo seguinte, aquando da análise dos objetivos previamente definidos e da forma como estes foram operacionalizados em contexto de EC.

III.1.II Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas e de Mestre

No contexto dos CSP, e de acordo com os objetivos previamente definidos no PIF, foram desenvolvidas intervenções centradas na promoção da hidroterapia enquanto ENF de conforto no último trimestre da gravidez, operacionalizadas no âmbito do programa de preparação para o parto e em contexto de consulta.

Objetivo específico (1): Avaliar a receptividade das grávidas à utilização da hidroterapia como estratégia de conforto.

Para a concretização deste objetivo, procedeu-se à recolha sistematizada de notas de campo, com base em conversas informais desenvolvidas com grávidas integradas no programa de preparação para o parto. Esta atividade permitiu compreender as suas perceções, conhecimentos prévios e expectativas relativamente à utilização da hidroterapia e de outras ENF durante o TP, verificando-se, de forma geral, alguma receptividade inicial à sua utilização enquanto estratégia promotora de conforto. Esta intervenção enquadra-se na competência específica **2 - cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal**, nomeadamente na promoção da saúde da mulher (**2.1.1; 2.1.6; 2.1.8; 2.1.10**), ao permitir identificar necessidades de

informação, promover a literacia em saúde e capacitar a mulher para uma tomada de decisão mais esclarecida ⁹.

A análise das notas de campo permitiu ainda perceber que, embora existisse abertura para a utilização de ENF, algumas grávidas apresentavam conhecimento pouco aprofundado sobre a sua aplicabilidade prática, nomeadamente quanto ao momento de utilização, condições de segurança e benefícios esperados. Neste sentido, os conteúdos das sessões seguintes foram ajustados, integrando explicações mais detalhadas, exemplos práticos e maior enfoque na utilização da hidroterapia em contexto real, respeitando a individualização dos cuidados e as preferências de cada mulher. Inicialmente, estava prevista a avaliação da recetividade de 10 grávidas, tendo sido possível ultrapassar este objetivo e abranger 15 grávidas.

Objetivo específico (2): Capacitar as grávidas sobre a utilização da hidroterapia enquanto estratégia não farmacológica.

Este objetivo foi operacionalizado através da dinamização de sessões de educação para a saúde dirigidas às grávidas e respetivas pessoas significativas, integradas no programa de preparação para o parto e parentalidade (**Apêndice G**). A dinamização desta atividade enquadra-se na competência específica (2), nomeadamente na promoção da saúde da mulher (**2.1.1; 2.1.5; 2.1.6; 2.1.8**), ao promover a aquisição de conhecimentos e a capacitação da mulher para a utilização de ENF e de conforto no final da gravidez ⁹.

A intervenção foi estruturada de forma que a transmissão dos conteúdos fosse clara e aplicável, abordando a utilização prática da hidroterapia, as suas indicações e formas de implementação em contexto domiciliário. A utilização de exemplos concretos e a promoção da participação ativa das grávidas permitiram facilitar a compreensão dos conteúdos e estimular o seu envolvimento no processo de aprendizagem.

Para a concretização desta atividade foi previamente elaborado um plano de sessão, que permitiu estruturar os objetivos, conteúdos, estratégias pedagógicas e recursos utilizados (**Apêndice H**). Foi ainda aplicado um breve instrumento de avaliação da sessão, com o objetivo de aferir, de forma simples, a compreensão dos conteúdos abordados e a perceção das grávidas relativamente à utilidade da intervenção, permitindo obter feedback imediato sobre a eficácia da sessão (**Apêndice I**). De forma global, os resultados evidenciaram uma perceção positiva da sessão, destacando-se a clareza da informação transmitida, a pertinência dos conteúdos abordados e a valorização da hidroterapia enquanto estratégia de conforto no TP. Inicialmente, estava prevista a educação para a saúde de 5 grávidas, tendo sido possível ultrapassar este objetivo e abranger 8 grávidas.

Objetivo específico (3): Implementar a hidroterapia como medida de conforto no último trimestre da gravidez.

Este objetivo foi concretizado junto de cinco grávidas, número inicialmente proposto, através de orientação individualizada no decurso das sessões de preparação para o parto e em momentos de contacto mais personalizado, promovendo a utilização da hidroterapia como ENF no último trimestre da gravidez, quer em contexto domiciliário, quer no contexto do TP em ambiente hospitalar. Esta intervenção enquadra-se na competência específica (2), nomeadamente na promoção da saúde da mulher (2.1.1; 2.1.6) e na orientação sobre medidas de suporte e alívio dos desconfortos da gravidez (2.3.1), ao incentivar a adoção de estratégias de conforto ajustadas às necessidades e preferências individuais ⁹.

A intervenção centrou-se na adaptação das orientações às características de cada grávida, considerando o seu contexto, nível de autonomia e preferências, bem como no esclarecimento de formas de utilização da hidroterapia durante o TP em meio hospitalar, nomeadamente através do recurso ao duche e à mobilidade. Foi igualmente reforçada a importância da presença da pessoa significativa, incentivando uma postura ativa no apoio à mulher durante o TP.

Esta abordagem permitiu não só facilitar a aplicação prática da estratégia, como também preparar as grávidas e os seus acompanhantes para a sua utilização em diferentes contextos de cuidado, promovendo a continuidade dos cuidados entre o domicílio e o contexto hospitalar. Este acompanhamento contribuiu para o aumento da confiança das grávidas na utilização da hidroterapia, promovendo a sua autonomia na gestão dos desconfortos e a participação ativa no processo de cuidado.

Para além dos objetivos inicialmente definidos, e em resposta às necessidades identificadas durante o EC e ao processo de desenvolvimento das competências previstas, foram desenvolvidas atividades complementares que contribuíram para o aperfeiçoamento do percurso formativo.

Neste âmbito, foi dinamizada uma sessão dirigida aos cuidados ao RN e *babywearing*, bem como uma sessão de educação para a saúde na área da sexualidade e afetos no pós-parto (**Apêndice J**), integradas no programa de preparação para a parentalidade. Foi elaborado um plano de sessão (**Apêndice K**) e um instrumento de avaliação da sessão, com o objetivo de aferir a compreensão dos conteúdos abordados (**Apêndice L**). Estas intervenções permitiram desenvolver a competência específica 4 - **Cuida a mulher durante o período pós-natal**, nomeadamente na promoção da saúde da

mulher e do RN (4.1.1; 4.1.4; 4.1.5) e na prevenção de complicações (4.2.1; 4.2.5), bem como competências do domínio 7 - **Cuida o grupo-alvo inserido na comunidade**, ao nível da promoção da saúde (7.1.4) e da saúde sexual e reprodutiva (7.2.1; 7.2.4; 7.2.5) ⁹.

Adicionalmente, no sentido de consolidar o processo de aprendizagem e aprofundar competências clínicas ao longo do ciclo gravídico-puerperal, foi realizada participação em consultas de vigilância da gravidez de baixo risco e de revisão do puerpério, em contexto articulado com a unidade. Esta experiência permitiu desenvolver competências específicas na promoção da saúde no período pré-natal (2.1) e pós-natal (4.1.1; 4.1.2; 4.1.4; 4.1.5), bem como no diagnóstico precoce de complicações (4.2.), reforçando a capacidade de avaliação, monitorização e intervenção junto da mulher e do recém-nascido.

De forma transversal às atividades desenvolvidas neste contexto, verificou-se a mobilização de competências de mestre, nomeadamente ao nível da conceção e adaptação de intervenções ajustadas às necessidades identificadas (a), evidenciada na adequação das estratégias educativas e na reformulação dos conteúdos das sessões ¹. Destaca-se igualmente a integração da evidência científica na prática (b), que sustentou a seleção e implementação da hidroterapia enquanto ENF, garantindo a sua adequação e segurança ¹. A articulação com a equipa e a integração das intervenções no programa existente refletem a capacidade de dinamização da prática profissional em contexto interdisciplinar (c) ¹. Por fim, a conceção e dinamização de sessões educativas e atividades complementares contribuíram para o desenvolvimento da formação especializada e da enfermagem na área da saúde materna e obstétrica (d) ¹.

III.1.III Resultados Obtidos

As intervenções desenvolvidas no âmbito dos CSP permitiram evidenciar resultados ao nível da literacia em saúde, da capacitação da mulher e da integração de ENF. Esta evolução foi particularmente observada no decurso das consultas de vigilância da gravidez de baixo risco e nas sessões de preparação para o parto, através das dúvidas colocadas pelas grávidas, da maior receptividade em discutir alternativas não farmacológicas para o alívio do desconforto e da dor, e da capacidade progressiva para reconhecer a hidroterapia como uma estratégia segura e possível de utilizar no domicílio, sobretudo através do duche morno, no final da gravidez e na fase latente do TP. Verificou-se ainda que, após a abordagem educativa, as grávidas demonstravam maior facilidade em identificar os benefícios, cuidados de segurança e momentos adequados para a sua

utilização, integrando esta possibilidade nas suas preferências e expectativas para o parto.

No âmbito do **objetivo específico (1)**, relativo à avaliação da recetividade das grávidas face à hidroterapia enquanto estratégia de conforto, considera-se que este foi superado, uma vez que estava inicialmente prevista a avaliação de 10 grávidas e foi possível abranger 15. Através de conversas informais e da recolha de notas de campo, foi possível identificar uma recetividade inicial favorável à utilização de ENF, embora acompanhada de dúvidas relativamente ao momento adequado de utilização, condições de segurança e benefícios concretos da hidroterapia no final da gravidez e durante o TP. Estes dados constituíram indicadores relevantes para ajustar os conteúdos das sessões seguintes, permitindo uma abordagem mais direccionada às necessidades expressas pelas grávidas. Após esta intervenção, verificou-se maior participação nas sessões, aumento das questões colocadas sobre a aplicabilidade prática da hidroterapia e maior capacidade das grávidas para reconhecerem esta estratégia como uma medida possível de conforto e alívio da dor, nomeadamente através do duche morno em contexto domiciliário e na fase latente do TP.

No que respeita ao **objetivo específico (2)**, a dinamização das sessões de educação para a saúde contribuiu para a aquisição de conhecimentos por parte das grávidas e das suas pessoas significativas, particularmente no que concerne à utilização prática da hidroterapia. O *feedback* obtido através do instrumento de avaliação da sessão, ainda que de carácter simples, permitiu evidenciar uma compreensão adequada dos conteúdos abordados e uma perceção positiva da utilidade da intervenção. Este objetivo foi superado, pois inicialmente estava como indicadores de avaliação, conseguir realizar educação para a saúde a cinco grávidas e conseguir realizar a oito grávidas.

Relativamente ao **objetivo específico (3)**, a orientação individualizada permitiu a implementação da hidroterapia junto de um grupo de grávidas, evidenciando a sua capacidade de integrar esta estratégia no quotidiano e na perspetiva do TP em ambiente hospitalar. Observou-se ainda um aumento da confiança das grávidas na utilização desta estratégia e uma maior predisposição para a adoção de ENF, sendo igualmente relevante o envolvimento ativo da pessoa significativa no processo de cuidado. Este objetivo foi atingido, com o mesmo número de grávidas, cinco, que se tinha proposto como indicador.

Quanto às atividades não planeadas, nomeadamente as sessões sobre cuidados ao recém-nascido, *babywearing* e sexualidade no pós-parto, verificou-se uma boa adesão e participação por parte das grávidas, evidenciando o seu interesse por estas temáticas e reforçando a pertinência da sua integração nos programas de preparação para a parentalidade.

De forma global, os resultados obtidos evidenciam não só o impacto das intervenções ao nível da capacitação e promoção da autonomia das grávidas, mas também o desenvolvimento de competências específicas do EEESMO na promoção da saúde da mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Estas competências articularam-se com as competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente ao nível da gestão dos cuidados (C1), através da adequação das intervenções às necessidades identificadas e da articulação com os recursos disponíveis; da melhoria contínua da qualidade (B2), pela avaliação das práticas desenvolvidas, análise dos resultados obtidos e ajustamento das intervenções; e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D2), através da integração de evidência científica, da reflexão crítica e da mobilização de conhecimentos atualizados na prática clínica ³⁶. Deste modo, a intervenção desenvolvida permitiu não apenas responder aos objetivos definidos, mas também contribuir para uma prática especializada mais estruturada e orientada para ganhos em saúde.

III.1.IV Ganhos em Saúde

No enquadramento dos CSP, as atividades desenvolvidas permitiram evidenciar ganhos em saúde associados à promoção da hidroterapia enquanto ENF no final da gravidez ^{13,14}. Comparativamente ao momento inicial, em que se identificavam conhecimentos limitados sobre esta possibilidade de conforto e reduzida valorização da sua aplicabilidade, verificou-se, após as intervenções realizadas, uma maior compreensão dos seus benefícios e uma predisposição mais evidente para a sua utilização.

Os ganhos observados traduziram-se, em primeiro lugar, no reforço da capacidade das grávidas para reconhecer e mobilizar estratégias de conforto, o que se evidenciou através das dúvidas colocadas durante as consultas e sessões, da maior facilidade em identificar momentos adequados para a utilização da hidroterapia e da capacidade de reconhecer o duche morno como uma estratégia possível para alívio de desconfortos no final da gravidez e na fase latente do TP. Este aspeto revelou-se particularmente relevante na promoção da autonomia e da participação da mulher no seu próprio processo de cuidado, uma vez que permitiu ampliar o seu conhecimento sobre alternativas não farmacológicas, favorecer escolhas mais informadas e contribuir para uma vivência mais consciente e positiva desta fase ^{2, 13,14,37}.

Verificou-se igualmente um ganho ao nível do envolvimento da pessoa significativa, cuja participação foi favorecida através da inclusão nas sessões e da perceção do seu papel no apoio à mulher ^{2,19}. Esta dimensão contribuiu para o reforço do suporte emocional e

para uma maior continuidade entre o que foi trabalhado em contexto de preparação para o parto e a sua possível aplicação no domicílio ou no contexto do TP ^{2,19}.

Numa perspetiva crítica, importa reconhecer que a consolidação destes ganhos depende de múltiplos fatores, nomeadamente da adesão individual das grávidas, da continuidade do acompanhamento e das condições concretas dos contextos em que estas estratégias poderão vir a ser utilizadas. Deste modo, embora os resultados sejam positivos, a sua expressão pode não ser uniforme, exigindo adequação contínua das intervenções às necessidades e características de cada mulher.

Estes ganhos refletem o desenvolvimento articulado de competências específicas do EEESMO, particularmente no âmbito da promoção da saúde da mulher no período pré-natal e da orientação sobre medidas de suporte e alívio dos desconfortos da gravidez **(2.1.1; 2.1.6; 2.1.8; 2.3.1)**, em articulação com competências comuns, nomeadamente ao nível da melhoria contínua da qualidade **(B2)**, da gestão dos cuidados **(C1)** e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais **(D2)** ^{9,36}. De forma complementar, a análise dos ganhos obtidos e a adequação das estratégias implementadas às necessidades identificadas também evidenciam a mobilização de competências de mestre, sobretudo no que respeita à integração da evidência científica na prática e à análise crítica das intervenções desenvolvidas **(a; b)** ¹.

III.2 Contextualização do Serviço: Internamento de Grávidas

O EC em contexto de IG foi realizado num hospital público, integrado numa ULS da região de Lisboa. A equipa de enfermagem é constituído por 11 EEESMOs e 18 enfermeiros generalistas, assegurando a prestação de cuidados a mulheres em diferentes fases do ciclo reprodutivo. O serviço de IG integra uma unidade de internamento destinada à prestação de cuidados a grávidas, puérperas e utentes do foro ginecológico, permitindo uma resposta diferenciada às necessidades de saúde da mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal e em situações de vigilância ou tratamento ginecológico. Estruturalmente, o serviço dispõe de 16 quartos duplos e quatro quartos de isolamento, encontrando-se todos equipados com casa de banho privativa com chuveiro. A existência de chuveiro em todos os quartos, associado à presença de cadeira de banho, constitui um recurso relevante para a promoção do conforto, segurança e autonomia das utentes durante os cuidados de higiene, podendo igualmente favorecer a utilização da água como medida de relaxamento e bem-estar, sempre que clinicamente adequado. Para além dos quartos de internamento, o serviço dispõe de uma sala de tratamentos

destinada à realização de cuidados a grávidas, puérperas e utentes ginecológicas, bem como de uma sala de tratamentos direcionada aos recém-nascidos. Esta organização permite responder às diferentes necessidades clínicas das mulheres e dos bebés, assegurando a continuidade dos cuidados, a vigilância adequada e a realização de intervenções específicas em ambiente próprio e funcional.

Esta diversidade confere ao serviço uma elevada complexidade, exigindo uma constante adaptação das intervenções às necessidades específicas de cada mulher.

O EC neste contexto constituiu uma grande vantagem, ao proporcionar experiências diversificadas, nomeadamente o contacto com grávidas em diferentes idades gestacionais, situações de perda gestacional, puérperas e mulheres com patologia ginecológica. Esta heterogeneidade permitiu ampliar a compreensão sobre a complexidade dos cuidados à mulher, exigindo uma adaptação constante da intervenção e favorecendo o desenvolvimento de uma visão mais abrangente, integrada e diferenciada da prática do EEESMO.

III.2.I Diagnóstico de Situação

A análise do contexto, realizada através da observação da dinâmica do serviço, do acompanhamento das grávidas internadas e das conversas informais estabelecidas com as utentes e com a equipa de enfermagem, permitiu identificar potencial para a integração de ENF, nomeadamente a hidroterapia, enquanto intervenção promotora de conforto, particularmente em grávidas internadas em processo de indução do TP.

Verificou-se, contudo, que a utilização desta estratégia não se encontrava sistematizada, sendo pouco explorada na prática clínica, evidenciando a necessidade de sensibilização das grávidas e dos profissionais para os seus benefícios.

Neste enquadramento, e tendo em conta o PIF, foram definidos objetivos centrados na avaliação das condições das grávidas, na sensibilização para a hidroterapia e na sua implementação enquanto estratégia de conforto. Para a concretização destes objetivos, foi desenvolvido um roteiro de avaliação inicial (**Apêndice M**), bem como um segundo roteiro orientado para a avaliação dos ganhos em saúde associados à utilização da hidroterapia (**Apêndice N**).

III.2.II Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas e de Mestre

As intervenções desenvolvidas neste contexto foram orientadas pelos objetivos

definidos no PIF, centrando-se na promoção da hidroterapia enquanto ENF de conforto, particularmente em mulheres em situação de indução do TP, no âmbito da prestação de cuidados em contexto hospitalar.

Objetivo específico (1): Avaliar as condições físicas e emocionais das grávidas internadas.

Para a concretização deste objetivo, procedeu-se à avaliação sistematizada das condições físicas, emocionais e perceção da dor de 24 grávidas internadas, maioritariamente em contexto de indução do TP, com recurso a um roteiro previamente estruturado. Esta intervenção enquadra-se na competência específica (2), nomeadamente na promoção da saúde da mulher (2.1.2; 2.1.3; 2.1.4; 2.1.5; 2.1.6; 2.1.10), bem como no diagnóstico precoce e prevenção de complicações (2.2.1; 2.2.2; 2.2.4; 2.2.6), ao permitir uma avaliação global, individualizada e orientada para a identificação de necessidades ⁹.

A análise da informação recolhida permitiu compreender que a perceção das grávidas relativamente à hidroterapia era heterogénea: algumas já utilizavam o banho ou duche morno no domicílio como forma de relaxamento, enquanto outras demonstravam desconhecimento sobre a sua aplicabilidade no contexto do internamento ou durante o TP. Para além disso, as conversas realizadas evidenciaram a presença de desconforto físico, ansiedade e necessidade de maior controlo sobre a experiência vivida, sobretudo nas grávidas em processo de indução. Neste sentido, a hidroterapia foi progressivamente valorizada como uma estratégia possível de conforto, relaxamento e alívio da dor, desde que clinicamente adequada. Estes achados contribuíram para a definição de intervenções mais dirigidas, permitindo ajustar a informação transmitida, reforçar a segurança da sua utilização e responder de forma mais individualizada às necessidades identificadas.

Objetivo específico (2): Sensibilizar as grávidas para os benefícios da hidroterapia na gestão da dor.

Este objetivo foi operacionalizado através de intervenções educativas individualizadas junto de 17 grávidas, integradas na prestação de cuidados, centradas na explicação dos benefícios, indicações e formas de utilização da hidroterapia em contexto de internamento. Esta intervenção enquadra-se na competência específica (2), nomeadamente na facilitação da adaptação da mulher ao processo de gravidez (2.3.1; 2.3.2; 2.3.3; 2.3.4; 2.3.9), ao promover estratégias de suporte, alívio dos desconfortos e

capacitação para a utilização de ENF ⁹. A abordagem individualizada facilitou a compreensão dos conteúdos, uma vez que permitiu adaptar a informação ao nível de conhecimento, às dúvidas, às expectativas e à situação clínica de cada grávida. Esta proximidade favoreceu uma maior adesão à intervenção, traduzida na disponibilidade para discutir a utilização da hidroterapia, na colocação de questões sobre a sua aplicabilidade prática e na valorização desta estratégia como medida possível de conforto e alívio da dor durante o internamento e/ou na evolução para o TP.

Objetivo específico (3): Utilizar a hidroterapia para promover o conforto, o alívio da dor e a redução do stress.

A implementação da hidroterapia foi realizada junto de nove grávidas, através da utilização do duche, tendo em consideração as condições clínicas e preferências individuais. Para avaliação dos ganhos em saúde, foi seguido um segundo roteiro, permitindo recolher a perceção das grávidas relativamente à intervenção, verificando-se que, das nove mulheres avaliadas, sete referiram diminuição da dor e sensação de relaxamento. Esta intervenção enquadra-se na competência específica (2), especialmente na promoção da saúde da mulher (2.1.1; 2.1.5; 2.1.6), ao incentivar a adoção de ENF promotoras de bem-estar, bem como na facilitação da adaptação da mulher ao processo de gravidez (2.3.1; 2.3.3; 2.3.4; 2.3.6; 2.3.9), através da implementação de medidas de suporte, alívio da dor e redução do stress ⁹.

Importa referir que, embora o foco do projeto se tenha centrado na mulher grávida, a especificidade do contexto de internamento implicou a prestação de cuidados a mulheres em situação de doença ou submetidas a cirurgia ginecológica, permitindo igualmente o desenvolvimento de competências no domínio da ginecologia (6.3.1; 6.3.2; 6.3.3; 6.3.4), nomeadamente na avaliação, monitorização e prestação de cuidados à mulher em situação de patologia, contribuindo para uma abordagem integrada e diferenciada dos cuidados de enfermagem especializados ⁹.

Importa ainda salientar que, no âmbito da implementação do projeto, foi realizada uma apresentação informal da temática da hidroterapia durante a visita à maternidade, conduzida no contexto do EC, bem como através de momentos de partilha individualizados junto das grávidas. Esta abordagem permitiu reforçar a sensibilização para a utilização desta estratégia, promovendo a sua compreensão e valorização em contexto real, através de uma comunicação ajustada às necessidades e características de cada mulher.

Ao nível das competências de mestre, o desenvolvimento destas intervenções evidenciou a mobilização de elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, sustentados na avaliação individualizada da mulher e na adequação das intervenções às suas necessidades (a) ¹. Destacou-se igualmente a integração da evidência científica na prática, promovendo a qualidade e segurança dos cuidados prestados (b), bem como a capacidade de intervenção proativa no seio da equipa, através da valorização e integração de estratégias não farmacológicas na prática clínica (c) ¹.

III.2.III Resultados Obtidos

As intervenções desenvolvidas no contexto do IG permitiram evidenciar resultados ao nível da identificação de necessidades, capacitação das mulheres e integração de ENF, observando-se uma evolução entre o momento inicial e após a implementação das atividades.

No âmbito do **objetivo específico (1)**, a avaliação sistematizada das condições físicas e emocionais das grávidas permitiu identificar, numa fase inicial, níveis elevados de desconforto, ansiedade e necessidade de estratégias de alívio da dor. Esta avaliação possibilitou uma caracterização mais rigorosa das necessidades individuais, constituindo a base para a adequação das intervenções seguintes. Após a implementação das estratégias definidas, verificou-se uma maior adequação dos cuidados às necessidades identificadas, refletindo uma melhoria na organização e gestão dos cuidados (C), em alinhamento com as competências comuns do EEESMO ³⁶.

Este objetivo foi superado, uma vez que estava prevista a avaliação de 15 grávidas, tendo sido possível realizar esta avaliação a 24 grávidas internadas.

No que respeita ao **objetivo específico (2)**, as intervenções educativas contribuíram para uma evolução ao nível da literacia em saúde e da compreensão dos benefícios da hidroterapia, observando-se, numa fase posterior, uma maior aceitação e predisposição das grávidas para a utilização desta estratégia. Este resultado evidencia o desenvolvimento de competências específicas na promoção da saúde da mulher (2.1) e na facilitação da adaptação ao processo de gravidez (2.3), articuladas com competências comuns ao nível do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados (D1; B2) ^{9,36}.

Também este objetivo foi superado, considerando que a sensibilização estava inicialmente prevista para 10 grávidas e foi concretizada junto de 17 grávidas.

Relativamente ao **objetivo específico (3)**, a implementação da hidroterapia permitiu evidenciar impacto positivo ao nível do conforto e bem-estar, verificando-se que

a maioria das grávidas que experienciaram esta intervenção referiu diminuição da dor e sensação de relaxamento, bem como uma maior confiança na gestão dos desconfortos. Comparativamente ao momento inicial, observou-se uma maior predisposição para a adoção de ENF e uma participação mais ativa no processo de cuidado.

No que se refere à implementação da hidroterapia, objetivo foi igualmente superado, uma vez que se previa a sua aplicação a cinco grávidas, tendo sido possível concretizá-la junto de nove grávidas.

De forma crítica, importa considerar que, embora os resultados obtidos evidenciem benefícios consistentes, a sua expressão pode ser condicionada por fatores como a disponibilidade de recursos, a organização do serviço e a adesão individual das grávidas, o que poderá limitar a uniformidade da implementação, refletindo a necessidade de adequação contínua das intervenções no âmbito da gestão dos cuidados (C1), da melhoria contínua da qualidade (B2) e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D2) ³⁶.

III.2.IV Ganhos em Saúde

As intervenções desenvolvidas no contexto do IG contribuíram para ganhos em saúde ao nível da experiência vivenciada pela mulher durante o processo de indução do TP, particularmente na dimensão do conforto físico e emocional ¹⁵. A integração da hidroterapia enquanto ENF permitiu não apenas a redução da perceção de dor, mas também a promoção de estados de relaxamento e tranquilidade, favorecendo uma vivência mais positiva do internamento ¹⁵.

Para além do impacto imediato no controlo dos desconfortos, os ganhos observados traduziram-se na capacitação da mulher para reconhecer e mobilizar estratégias de alívio ajustadas às suas necessidades, reforçando a sua autonomia e participação ativa no processo de cuidado ^{37,38}. Esta evolução assume particular relevância no contexto do internamento, onde a mulher se encontra frequentemente numa situação de maior vulnerabilidade física e emocional.

Adicionalmente, a utilização destas estratégias contribuiu para a criação de um ambiente mais favorável ao bem-estar, com impacto na forma como a mulher percebe o cuidado recebido, promovendo uma abordagem mais centrada nas suas necessidades e preferências (3.1) ⁹.

Numa perspetiva crítica, importa considerar que a consolidação destes ganhos depende da continuidade da utilização destas estratégias ao longo do internamento, bem

como das condições organizacionais e estruturais dos serviços, podendo a sua aplicação não ser uniforme. Esta variabilidade reforça a necessidade de adaptação contínua das intervenções, evidenciando a mobilização de competências ao nível da gestão dos cuidados (C1), da melhoria contínua da qualidade (B2) e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D2) ³⁶.

De forma integrada, os ganhos em saúde obtidos refletem também a mobilização de competências de mestre, nomeadamente na integração da evidência científica na prática (b) e na capacidade de adequação das intervenções ao contexto clínico (a), contribuindo para uma prática mais fundamentada e orientada para o bem-estar da mulher

¹.

III.3 Contextualização do Serviço: Internamento de Puérperas

O EC em contexto de IP foi realizado num hospital privado da região de Lisboa, num serviço exclusivamente dedicado ao acompanhamento da mulher no período pós-parto. A equipa de enfermagem é constituída maioritariamente por enfermeiros generalistas, contando apenas com a presença de uma EEESMO, assegurando a prestação de cuidados à mulher e ao RN em regime de alojamento conjunto. O serviço é composto por 30 quartos individuais, todos equipados com casa de banho privativa e sofá-cama, permitindo a permanência do acompanhante e favorecendo o envolvimento da família nos cuidados à puérpera e ao recém-nascido. Dispõe ainda de uma sala de tratamentos destinada à prestação de cuidados à puérpera e de uma sala de tratamentos direcionada ao recém-nascido, assegurando a realização de intervenções específicas em espaços adequados. A dinâmica do serviço inicia-se habitualmente com a transferência da puérpera do recobro do Bloco de Partos (BP) para o IP, garantindo a continuidade dos cuidados no puerpério imediato. Quando o RN se encontra internado no internamento de neonatologia, a proximidade e articulação entre serviços permite facilitar a deslocação da puérpera, promovendo a manutenção do vínculo e o acompanhamento do RN sempre que possível.

Este modelo organizacional, assente no alojamento conjunto, caracteriza-se pela permanência da puérpera com o RN e pela possibilidade de presença contínua do pai ou pessoa significativa, promovendo o envolvimento familiar no processo de adaptação ao pós-parto ^{2,19}. No entanto, esta dinâmica pode constituir um desafio ao nível da gestão dos cuidados, uma vez que exige uma resposta simultânea às necessidades físicas e emocionais da mulher, aos cuidados ao RN e ao apoio ao acompanhante, implicando uma

adaptação constante das intervenções, da comunicação e da organização dos cuidados.

O EC neste contexto permitiu um elevado desenvolvimento ao nível da educação para a saúde, nomeadamente na capacitação da mulher e da família para a transição para o domicílio, bem como na promoção de estratégias de conforto no período pós-natal.

III.3.I Diagnóstico de Situação

A análise do contexto, sustentada na observação da dinâmica dos cuidados e nas conversas informais estabelecidas com as puérperas, permitiu identificar que, no período pós-parto, o desconforto físico e emocional da mulher tende, por vezes, a ser menos valorizado do que a dor experienciada durante a gravidez ou o TP. Esta perceção parece relacionar-se com a expectativa social e clínica de que, após o nascimento, a mulher assuma de forma imediata o cuidado ao RN, mesmo encontrando-se ainda em processo de recuperação física, adaptação emocional e reorganização do seu novo papel materno. Neste sentido, tornou-se evidente a importância de reforçar uma intervenção centrada na puérpera, reconhecendo o puerpério como um período de vulnerabilidade e de necessidades próprias, no qual o conforto, o alívio da dor, o repouso e o apoio emocional devem ser igualmente considerados como dimensões essenciais dos cuidados especializados ^{39,40}.

Considerando que o PIF se centrava na utilização da hidroterapia durante o TP, tornou-se necessária a sua adaptação à realidade do período pós-natal, orientando as intervenções para a avaliação da recetividade das puérperas à utilização desta estratégia, bem como para a identificação dos seus potenciais benefícios.

Para apoiar esta adaptação, foram utilizados dois roteiros estruturados: um direcionado à avaliação da predisposição das puérperas para a utilização da hidroterapia/primeiro banho pós-parto como medida de conforto, e outro orientado para a identificação dos ganhos em saúde após a sua realização. O primeiro permitiu explorar hábitos prévios relacionados com o uso de água morna para relaxamento, perceções sobre os seus benefícios, disponibilidade para realizar o primeiro banho com apoio da equipa e expectativas relativamente ao conforto físico e emocional (**Apêndice O**). O segundo roteiro possibilitou compreender a experiência vivenciada após a intervenção, nomeadamente se o banho contribuiu para maior relaxamento, alívio de desconfortos, bem-estar e perceção de recuperação (**Apêndice P**). Estes instrumentos permitiram orientar a intervenção de forma mais organizada e individualizada, sendo os dados obtidos analisados posteriormente no âmbito dos resultados e ganhos em saúde.

Verificou-se ainda uma boa receptividade por parte da equipa e da Supervisora Clínica relativamente à implementação do projeto, contribuindo para uma maior valorização de ENF no período pós-parto, nomeadamente no que respeita ao primeiro banho pós-parto enquanto momento promotor de bem-estar.

De forma global, as intervenções foram orientadas pela necessidade de adaptar o projeto à realidade do serviço, promovendo a integração de ENF na prática clínica e contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

III.3.II Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas e de Mestre

No âmbito do IP, as intervenções desenvolvidas foram orientadas pelos objetivos definidos no PIF, centrando-se na promoção da hidroterapia enquanto ENF de conforto no período pós-parto, integrada na prestação de cuidados e na preparação da mulher para o regresso ao domicílio.

Objetivo específico (1): Perceber a receptividade das puérperas na utilização da hidroterapia no alívio de desconfortos do pós-parto no internamento.

Para a concretização deste objetivo, foi desenvolvido e aplicado um roteiro estruturado de avaliação inicial, junto de 12 puérperas, permitindo explorar as suas perceções, conhecimentos prévios, disponibilidade e interesse na utilização da hidroterapia como estratégia de conforto (**Apêndice O**). Este roteiro possibilitou uma avaliação individualizada das necessidades e expectativas das mulheres, orientando a adequação das intervenções subsequentes. Esta abordagem enquadra-se na competência específica **(4) - cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal**, nomeadamente na promoção da saúde (**4.1.1; 4.1.4; 4.1.5**) e na prevenção de complicações (**4.2.1; 4.2.5**), ao permitir uma intervenção ajustada à realidade de cada puérpera ⁹.

Objetivo específico (2): Integrar momentos de relaxamento, como a hidroterapia, durante o IP.

Este objetivo foi operacionalizado junto de seis puérperas, através da implementação de momentos de hidroterapia, com recurso predominante ao duche,

enquanto estratégia promotora de conforto, relaxamento e alívio de desconfortos físicos no período pós-parto. A intervenção foi ajustada às condições clínicas, preferências e necessidades expressas por cada mulher, respeitando o seu processo de recuperação e adaptação ao período pós-natal. Neste sentido, enquadra-se na competência específica (4), nomeadamente na promoção da adaptação pós-parto e do bem-estar da puérpera (4.1.5; 4.1.6), na orientação para o autocuidado e monitorização do seu estado físico e emocional (4.2.1; 4.2.2; 4.2.3; 4.2.5), bem como na implementação de medidas de suporte emocional e de recuperação pós-parto (4.3.1; 4.3.2) ⁹. Desta forma, a hidroterapia foi integrada como uma intervenção individualizada e centrada na mulher, contribuindo para a valorização do seu conforto e para uma vivência mais positiva do internamento no puerpério.

Objetivo específico (3): Educar as puérperas sobre a utilização da hidroterapia como método de conforto para utilização no domicílio.

A concretização desta atividade decorreu através de intervenções educativas individualizadas junto de 10 puérperas, realizadas durante o internamento e orientadas pela informação recolhida através do roteiro de avaliação da predisposição das puérperas para a utilização da hidroterapia e do roteiro de identificação dos ganhos em saúde. Estes instrumentos permitiram compreender as perceções iniciais das puérperas, os seus hábitos prévios de utilização da água morna como medida de conforto, as expectativas relativamente ao primeiro banho pós-parto e as necessidades de orientação para a continuidade desta estratégia no domicílio. As intervenções centraram-se, assim, na utilização segura da hidroterapia após a alta, nomeadamente através do duche morno, abordando os seus benefícios, cuidados de segurança, momentos adequados de utilização e formas de aplicação no alívio de desconfortos físicos e na promoção do relaxamento no período pós-parto. Esta atividade enquadra-se na competência específica (4), particularmente na promoção da decisão esclarecida e orientação da mulher no período pós-natal (4.1.1), no apoio ao autocuidado e à capacidade da puérpera para cuidar de si e do seu filho (4.2.1), na identificação das suas necessidades no período pós-parto (4.2.3) e na implementação de intervenções promotoras da recuperação pós-parto (4.2.5; 4.3.2) ⁹.

Desta forma, a educação realizada contribuiu para a capacitação da mulher, para a continuidade dos cuidados após a alta e para a valorização do autocuidado como componente essencial da recuperação e bem-estar da puérpera.

Objetivo específico (4): Inserir o uso da hidroterapia no plano de cuidados pós-parto no domicílio.

A concretização desta atividade decorreu através da integração da hidroterapia no plano de cuidados pós-parto, sendo esta abordada como uma estratégia de autocuidado passível de ser utilizada no domicílio para promover conforto, relaxamento e alívio de desconfortos físicos. Durante o internamento, as necessidades de cada puérpera foram identificadas através da observação clínica, das conversas informais realizadas durante os cuidados, da avaliação do seu estado físico e emocional e da informação recolhida nos roteiros utilizados, nomeadamente no roteiro de avaliação da predisposição para a utilização da hidroterapia e no roteiro de identificação dos ganhos em saúde.

Estes instrumentos permitiram compreender os desconfortos mais referidos, as dúvidas existentes, as expectativas face ao primeiro banho pós-parto, os hábitos prévios de utilização da água como medida de conforto e a disponibilidade de cada mulher para manter esta estratégia no domicílio.

Com base nesta avaliação, a intervenção foi individualizada, reforçando-se os cuidados de segurança e os momentos adequados para a sua utilização. Posteriormente, foi realizado contacto telefónico de *follow-up*, que permitiu avaliar a continuidade da utilização da hidroterapia após a alta, tendo cinco puérperas referido a sua aplicação no domicílio como ENF. Esta atividade enquadra-se na competência específica (4), nomeadamente na promoção da decisão esclarecida e orientação da puérpera para os recursos e estratégias disponíveis (4.1.1), no apoio ao autocuidado e à adaptação à parentalidade (4.2.1; 4.2.2), na monitorização das necessidades da mulher no período pós-parto (4.2.3; 4.2.5) e na implementação de intervenções promotoras da recuperação pós-parto (4.3.2) ⁹.

A mobilização do julgamento clínico e da tomada de decisão fundamentada revelou-se essencial na adaptação do projeto a uma realidade distinta da inicialmente prevista, permitindo reajustar as intervenções às necessidades efetivamente identificadas no contexto de IP (a) ¹. Esta adaptação exigiu uma leitura crítica do contexto, considerando as condições clínicas das puérperas, o momento de recuperação pós-parto, a disponibilidade para a intervenção e a pertinência da hidroterapia enquanto estratégia promotora de conforto e autocuidado. Assim, a decisão de integrar o primeiro banho pós-parto e a utilização do duche morno como medidas de bem-estar resultou da articulação entre a avaliação individual da mulher, os recursos disponíveis e os objetivos formativos definidos.

Paralelamente, a integração da evidência científica na prática permitiu sustentar

as intervenções desenvolvidas, conferindo maior segurança, coerência e intencionalidade aos cuidados prestados **(b)** ¹. A utilização dos roteiros de avaliação e de ganhos em saúde contribuiu para estruturar a intervenção, orientar a recolha de informação e avaliar o impacto das estratégias implementadas, favorecendo uma prática mais organizada e reflexiva. Neste percurso, evidenciou-se ainda uma postura proativa no seio da equipa, através da partilha de conhecimentos sobre ENF e da valorização da hidroterapia como intervenção simples, acessível e centrada na mulher, promovendo a sua incorporação na prática de cuidados e contribuindo para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem **(c)** ¹.

III.3.III Resultados Obtidos

As intervenções desenvolvidas no contexto do IP permitiram evidenciar resultados ao nível da identificação de necessidades, da capacitação da mulher para a gestão dos desconfortos no período pós-parto e da integração de estratégias não farmacológicas na preparação para o domicílio, observando-se uma evolução entre o momento inicial e após a implementação das atividades.

No âmbito do **objetivo específico (1)**, a avaliação da recetividade das puérperas à utilização da hidroterapia permitiu identificar, numa fase inicial, diferentes níveis de conhecimento, interesse e predisposição relativamente a esta estratégia. Esta caracterização possibilitou uma adequação mais rigorosa das intervenções subsequentes, refletindo uma melhoria na organização e gestão dos cuidados **(C1)** ³⁶.

Este objetivo foi superado, uma vez que estava inicialmente prevista a avaliação da recetividade de 10 puérperas, tendo sido possível abranger 12 puérperas no contexto do IP.

Relativamente ao **objetivo específico (2)**, a integração de momentos de relaxamento com recurso à hidroterapia contribuiu para uma maior valorização desta intervenção enquanto ENF no período pós-parto. Após a sua implementação, observou-se uma maior aceitação por parte das puérperas, bem como uma melhor compreensão da sua aplicabilidade, evidenciando o desenvolvimento de competências específicas na promoção da saúde da mulher no período pós-natal **(4)**, articuladas com a melhoria contínua da qualidade **(B2)** ^{9,36}.

Este objetivo foi igualmente superado, considerando que se previa integrar momentos de hidroterapia junto de cinco puérperas, tendo a intervenção sido concretizada com 6 puérperas.

No que respeita ao **objetivo específico (3)**, as intervenções educativas

individualizadas permitiram melhorar a compreensão das puérperas relativamente à utilização segura da hidroterapia no domicílio, verificando-se uma evolução na preparação para a continuidade dos cuidados após a alta. Este resultado evidencia a mobilização de competências específicas na capacitação para o autocuidado no período pós-natal (4.1.4) ⁹.

Este objetivo foi atingido, uma vez que estava prevista a realização de intervenções educativas junto de 10 puérperas, tendo esse indicador sido concretizado na totalidade.

Quanto ao **objetivo específico (4)**, o seguimento realizado através de contacto telefónico permitiu verificar a incorporação da hidroterapia como estratégia de conforto no domicílio por parte de algumas puérperas, evidenciando a transferência das intervenções para o contexto de vida real, reforçando a continuidade dos cuidados.

Este objetivo foi também atingido, dado que se previa a integração da hidroterapia no plano de cuidados pós-parto no domicílio junto de cinco puérperas, tendo sido possível concretizar esse acompanhamento com as cinco puérperas inicialmente definidas.

De forma crítica, importa considerar que, embora os resultados obtidos evidenciem benefícios consistentes, a sua expressão pode ser influenciada por fatores como as condições do domicílio, a adesão individual e o suporte disponível, o que poderá condicionar a sua implementação. Esta variabilidade reforça a necessidade de adequação contínua das intervenções, evidenciando a mobilização de competências ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal (A1), da melhoria contínua da qualidade (B2) e da gestão dos cuidados (C1), traduzidas na capacidade de ajustar os cuidados às condições e necessidades específicas de cada mulher ³⁶.

III.3.IV Ganhos em Saúde

No contexto do IP, os ganhos em saúde evidenciaram-se sobretudo ao nível do conforto físico e emocional das puérperas, particularmente na redução dos desconfortos associados ao período pós-parto e na promoção de momentos de relaxamento e bem-estar. Estes ganhos assumem especial relevância considerando que o puerpério constitui um período de elevada vulnerabilidade, marcado por alterações físicas, emocionais e sociais, no qual as necessidades da mulher podem ser secundarizadas face à centralidade atribuída aos cuidados ao RN ^{39,40}. Neste sentido, a valorização do primeiro banho pós-parto permitiu recentrar a intervenção também na puérpera, reconhecendo o seu conforto e recuperação como dimensões essenciais dos cuidados especializados ⁴¹.

Para além do impacto imediato, os ganhos observados traduziram-se no reforço da autonomia da mulher na gestão do autocuidado, nomeadamente através da identificação de estratégias simples, acessíveis e seguras para promover conforto no domicílio ⁴⁰. Este aspeto revelou-se particularmente importante na preparação para a alta, ao favorecer a continuidade dos cuidados, a segurança da puérpera na gestão do período pós-parto e uma transição para a parentalidade mais consciente e acompanhada ⁴². A articulação entre a intervenção no IP e a possibilidade de continuidade no domicílio reforça a importância de os cuidados no pós-parto serem estruturados, individualizados e iniciados precocemente, incluindo idealmente a preparação ainda nos CSP ^{39,40}.

A transição para a parentalidade constitui um processo exigente e multidimensional, no qual a mulher e a família necessitam de integrar novas responsabilidades, reorganizar rotinas e desenvolver confiança na prestação de cuidados ao RN, sem descurar a recuperação física e emocional da puérpera ⁴². Neste sentido, a intervenção desenvolvida contribuiu para apoiar esta transição, ao promover momentos de autocuidado, reforçar a perceção de competência da mulher e valorizar a sua participação ativa na gestão do período pós-parto. A utilização da hidroterapia, nomeadamente através do primeiro banho pós-parto e da sua continuidade no domicílio, permitiu criar uma estratégia concreta de conforto e bem-estar, favorecendo uma adaptação mais segura e positiva à nova dinâmica familiar ⁴¹.

Adicionalmente, a integração da hidroterapia, nomeadamente através do primeiro banho pós-parto, contribuiu para uma abordagem mais centrada na mulher, respeitando a sua experiência individual, o seu ritmo de recuperação e as necessidades expressas durante o internamento. Esta intervenção permitiu não apenas promover conforto, mas também criar um momento de autocuidado e reorganização emocional, favorecendo a perceção de bem-estar e a valorização da mulher para além do seu papel materno ^{40,41}.

De forma integrada, os ganhos em saúde refletem ainda o desenvolvimento de competências específicas do EEESMO na promoção da saúde da mulher no período pós-natal, particularmente no apoio à adaptação pós-parto e à parentalidade (**4.1.5; 4.1.6**), na orientação para o autocuidado e identificação das necessidades da puérpera (**4.2.1; 4.2.2; 4.2.3; 4.2.5**), bem como na implementação de intervenções promotoras de suporte emocional e recuperação pós-parto (**4.3.1; 4.3.2**) ⁹. Paralelamente, evidenciou-se a mobilização de competências de mestre, nomeadamente na integração da evidência científica na prática (**b**) e na adequação das intervenções ao contexto (**a**), contribuindo para uma intervenção mais fundamentada, individualizada e ajustada às necessidades reais da mulher no puerpério ¹.

III.4 Contextualização do Serviço: Bloco de Partos

O EC realizado no bloco de partos foi efetuado num hospital da região de Lisboa, integrando o Bloco de Partos e o Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG). A equipa é constituída por 42 enfermeiros EEESMO e 17 enfermeiros generalistas, assegurando cuidados à mulher em diferentes situações clínicas, desde a vigilância do TP até situações de urgência obstétrica e ginecológica.

O serviço dispõe de cinco quartos destinados a grávidas em TP, todos individuais e equipados com casa de banho com duche, o que permite a utilização de ENF com maior privacidade. Integra ainda uma área de recobro com quatro camas, destinada ao acompanhamento de puérperas no período imediato pós-parto e de mulheres submetidas a pequenas cirurgias ginecológicas, como curetagens.

Segundo dados fornecidos pela instituição, no ano de 2025 foram realizados 2620 partos na instituição, dos quais 1359 corresponderam a partos eutócicos. Destes, 1024 foram assistidos por EEESMO, refletindo a sua intervenção direta e consistente na condução e assistência do TP.

Neste contexto, o EC revelou-se particularmente significativo para o desenvolvimento de competências especializadas, pela diversidade de experiências proporcionadas em sala de partos e no SUOG. Em sala de partos, foi possível assistir e conduzir 63 partos eutócicos, acompanhando parturientes em diferentes fases do TP, incluindo situações de indução, trabalho de parto espontâneo, utilização de ENF, adoção de posições diferenciadas no período expulsivo e prestação de cuidados imediatos ao recém-nascido. Estas experiências permitiram consolidar competências na vigilância da evolução do TP, na monitorização do bem-estar materno-fetal, na promoção do conforto e na adaptação da intervenção às necessidades e preferências de cada mulher. No SUOG, foram acompanhadas situações obstétricas e ginecológicas, nomeadamente dor abdominal, perdas hemáticas, diminuição dos movimentos fetais, suspeita de rutura de membranas, contratilidade uterina, vigilância cardiotocográfica e situações ginecológicas agudas. Esta diversidade contribuiu para o desenvolvimento da capacidade de avaliação clínica, priorização, tomada de decisão e articulação com a equipa multidisciplinar, em contextos marcados pela imprevisibilidade e necessidade de resposta diferenciada.

III.4.I Diagnóstico de Situação

A análise do funcionamento do BP, realizada através da observação direta da dinâmica do serviço, da caracterização dos recursos físicos disponíveis e do acompanhamento das parturientes durante os turnos, permitiu identificar condições favoráveis à utilização de ENF durante o TP, nomeadamente a hidroterapia. A existência de quartos individuais equipados com casa de banho e duche possibilitava a criação de um ambiente mais reservado, confortável e promotor da privacidade da mulher, constituindo uma condição facilitadora para a aplicação desta estratégia.

Contudo, ao longo da observação da prática clínica e das conversas informais estabelecidas com as parturientes e EEESMOs, verificou-se que a utilização da hidroterapia não ocorria de forma sistemática, dependendo frequentemente da iniciativa dos profissionais, da disponibilidade do serviço e da informação previamente transmitida à mulher. Esta constatação evidenciou a pertinência de avaliar a receptividade das parturientes à sua utilização, uma vez que algumas demonstravam desconhecimento sobre esta possibilidade, enquanto outras revelavam interesse quando a estratégia era explicada e contextualizada como medida de conforto e alívio da dor.

O projeto foi bem acolhido pela supervisora clínico e pela equipa, evidenciando abertura à implementação de ENF no TP. Esta receptividade constituiu um fator facilitador para a sua integração na prática, permitindo desenvolver intervenções dirigidas à promoção do conforto, à valorização das preferências da mulher e à melhoria da experiência da parturiente durante o TP.

Paralelamente, considerou-se pertinente sistematizar a avaliação dos benefícios percebidos pelas mulheres, uma vez que os efeitos da hidroterapia, embora valorizados na prática, nem sempre se encontravam documentados de forma estruturada. Neste sentido, foi elaborado um guia para notas de campo, destinado a orientar a recolha de informação sobre a perceção da mulher relativamente à utilização da hidroterapia como estratégia de conforto durante o TP, permitindo explorar dimensões como o alívio da dor, o relaxamento, a diminuição da ansiedade, a sensação de segurança e o conforto físico (Apêndice Q).

III.4.II Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas e de Mestre

No contexto do bloco de partos e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), as intervenções desenvolvidas foram orientadas pelos objetivos definidos no PIF, centrando-se na promoção da hidroterapia enquanto ENF de alívio da dor e promoção

do conforto durante o TP, integrada numa prática de cuidados contínua, individualizada e ajustada à evolução clínica da parturiente.

Objetivo específico (1): Avaliar a recetividade das parturientes na escolha da hidroterapia para o alívio da dor.

Para a concretização deste objetivo, foi elaborado e aplicado um guia de notas de campo, com a finalidade de orientar a recolha de informação relativa à recetividade das parturientes face à utilização da hidroterapia durante o TP. Este instrumento permitiu explorar as suas expectativas, conhecimentos prévios, preferências e disponibilidade para recorrer à água como estratégia de conforto e alívio da dor, favorecendo uma compreensão mais individualizada da experiência de cada mulher. Através desta abordagem, foi possível avaliar a recetividade à hidroterapia junto de 31 grávidas.

A informação recolhida possibilitou ajustar a intervenção às necessidades expressas pela parturiente, respeitando a sua vontade, o seu plano de parto e o contexto clínico em que se encontrava. Desta forma, a avaliação da recetividade não se limitou à identificação da aceitação ou recusa da hidroterapia, mas permitiu compreender os fatores que influenciavam essa decisão, nomeadamente o nível de informação prévia, a perceção de segurança, a fase do TP, a intensidade da dor e o desejo de maior controlo sobre a experiência de parto.

Neste âmbito, foram mobilizadas competências relacionadas com a atuação de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher (3.1.1), com a promoção do conforto e bem-estar da parturiente e conviventes significativos (3.1.3) e com a cooperação na implementação de intervenções de controlo da dor (3.1.6) ⁹.

Simultaneamente, esta avaliação implicou a mobilização de competências ao nível da vigilância clínica, nomeadamente na identificação das necessidades da parturiente, na monitorização da evolução do TP e na deteção de fatores de risco (3.2.1; 3.2.2; 3.2.3) ⁹.

Objetivo específico (2): Promover a hidroterapia como estratégia não farmacológica promotora do conforto e do alívio da dor no trabalho de parto.

A promoção da hidroterapia foi realizada de forma contínua ao longo do TP, através de explicação individualizada, esclarecimento das suas potencialidades e incentivo à sua utilização, tendo sempre em consideração a situação clínica, a fase do TP e a aceitação da parturiente. Procurou-se integrar a pessoa significativa nestes momentos,

promovendo o seu envolvimento ativo no apoio à parturiente, quer durante a utilização do duche, quer ao longo do TP ^{2,9}. Esta integração revelou-se particularmente relevante, contribuindo para uma vivência mais apoiada e para o reforço da dimensão relacional do cuidado, em consonância com a competência (7.1.8) ⁹.

Esta intervenção permitiu consolidar competências relacionadas com a promoção do conforto, bem-estar e segurança da mulher durante o TP (3.1.2; 3.1.3), bem como com a promoção da vinculação e do envolvimento dos conviventes significativos (3.1.4) ⁹.

Objetivo específico (3): Implementar a hidroterapia como estratégia não farmacológica durante o trabalho de parto.

A implementação da hidroterapia foi realizada em contexto real de prestação de cuidados, com adaptação à evolução do TP e às condições clínicas da parturiente. A existência de quartos individuais com duche foi um fator facilitador importante, permitindo a sua utilização com maior privacidade, liberdade de movimento e conforto.

Neste processo, foram mobilizadas competências relacionadas com a promoção de intervenções de conforto (3.1.3), com a cooperação no controlo da dor (3.1.6), com a identificação e monitorização do TP (3.2.1), do risco materno-fetal (3.2.2) e dos desvios ao padrão normal de evolução (3.2.3), bem como com a implementação de intervenções adequadas à evolução do TP (3.2.5) ⁹. Em situações de maior complexidade, foram ainda mobilizadas competências associadas à adaptação dos cuidados à parturiente com patologia associada (3.3.1; 3.3.2; 3.3.5), exigindo julgamento clínico contínuo e capacidade de priorização ⁹.

Objetivo específico (4): Identificar os benefícios da hidroterapia como estratégia não farmacológica promotora do conforto e do alívio da dor no trabalho de parto.

Para dar resposta a este objetivo, foi utilizado o guia de notas de campo elaborado para avaliar a perceção das parturientes relativamente à utilização da hidroterapia como estratégia de conforto durante o TP. Neste guia, uma das questões procurava compreender, após a utilização da hidroterapia, quais os benefícios percecionados pela mulher, permitindo recolher informação diretamente relacionada com a experiência vivida em contexto real de cuidados. Esta abordagem possibilitou confrontar os benefícios descritos na evidência científica com os dados obtidos na prática clínica, verificando-se concordância entre ambos, sobretudo no que respeita à promoção do relaxamento, diminuição da perceção da dor, maior conforto físico, redução da ansiedade e sensação

de maior controlo durante o TP ^{13,14,37,38}.

Entre os testemunhos recolhidos, destacam-se expressões como “*Consegui mexer-me melhor e encontrar posições mais confortáveis.*”, “*Tolerei melhor as contrações.*”, “*Ter o meu companheiro comigo no banho deu-me muita força e segurança.*” e “*Senti o corpo mais relaxado.*” (sic). Estes relatos aproximam-se da evidência que associa a hidroterapia ao aumento do conforto, à melhoria da tolerância à dor e à promoção de uma experiência de parto mais positiva e centrada na mulher ^{13,14,37,38}. Para além disso, a referência ao acompanhante evidencia a importância do suporte emocional e relacional durante o TP, reforçando que os benefícios da hidroterapia não se limitam à dimensão física, mas integram também dimensões emocionais, ambientais e relacionais do cuidado ^{2,38}.

Esta avaliação reforçou competências relacionadas com a promoção do bem-estar da parturiente (3.1.3), a valorização dos conviventes significativos no processo de parto (3.1.4) e a adequação contínua dos cuidados à evolução do TP e à resposta individual da mulher (3.2.5) ⁹.

Para além das atividades inicialmente previstas no PIF, foi desenvolvida uma atividade não planeada dirigida à equipa de enfermagem. Esta necessidade emergiu da observação da prática clínica e das conversas informais estabelecidas com a equipa, nas quais se percebeu que, embora existisse abertura para a utilização de ENF, a hidroterapia nem sempre era integrada de forma sistemática no TP. Neste sentido, considerei pertinente realizar uma apresentação/sensibilização à equipa, com o objetivo de partilhar a fundamentação científica, os benefícios e a aplicabilidade da hidroterapia enquanto estratégia promotora de conforto e alívio da dor durante o TP (**Apêndice R**).

Para a sua concretização, foi previamente elaborado um plano de sessão estruturado, adequado aos objetivos definidos e ao público-alvo, permitindo organizar os conteúdos e a estratégia de comunicação (**Apêndice S**). A sessão contou com elevada adesão, tendo participado 18 enfermeiros, e foi posteriormente avaliada através de um questionário elaborado no *Google Forms* (**Apêndice T**). A avaliação evidenciou uma receptividade muito positiva por parte dos profissionais, com médias globais próximas do valor máximo, sendo que 17 participantes atribuíram a classificação máxima nos diferentes parâmetros avaliados e apenas um participante atribuiu classificação quatro, não se verificando avaliações inferiores. Os resultados demonstraram interesse pela temática e impacto positivo da sessão, particularmente ao nível do desenvolvimento de conhecimentos e do aumento da confiança para a utilização da hidroterapia em contexto clínico, uma vez que 94,4% dos participantes referiram sentir-se mais confiantes para a

sua aplicação.

No decurso do EC, e em resposta a uma necessidade identificada no serviço, foi ainda desenvolvida uma atividade não planeada no âmbito da cromoterapia. Esta necessidade foi reconhecida através da observação da existência de candeeiros de cromoterapia nas salas de parto que, apesar de disponíveis, não eram utilizados de forma regular pela equipa, sobretudo por desconhecimento sobre o seu manuseamento e aplicabilidade no contexto do TP. Neste sentido, realizou-se uma sessão formativa dirigida à equipa de enfermagem, com demonstração do funcionamento dos equipamentos e esclarecimento sobre a cromoterapia enquanto estratégia ambiental promotora do conforto da parturiente (**Apêndice U**) ⁴³. Para a sua concretização, foi elaborado um plano de sessão estruturado, que permitiu organizar os objetivos, conteúdos teóricos, metodologia e demonstração prática da utilização dos dispositivos (**Apêndice V**). A sessão foi avaliada através de um questionário elaborado no *Google Forms*, aplicado aos 23 enfermeiros participantes (**Apêndice X**), tendo os resultados evidenciado uma avaliação unanimemente positiva, com a totalidade dos participantes a atribuir a classificação máxima em todos os itens avaliados. Estes dados demonstraram elevado nível de satisfação relativamente à clareza dos objetivos, relevância dos conteúdos, qualidade da comunicação, adequação da metodologia e desempenho das formadoras. Adicionalmente, todos os participantes consideraram que a sessão contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos, aumentou a confiança na utilização da cromoterapia e permitiu reconhecer a sua integração segura no TP, evidenciando forte aceitação por parte da equipa e potencial contributo para a valorização desta intervenção na prática clínica.

Esta atividade permitiu valorizar o ambiente como componente do cuidado e reforçar a importância de intervenções que favoreçam uma experiência de parto mais tranquila e ajustada às necessidades da mulher. Neste âmbito, e com a validação da enfermeira chefe, foram ainda disponibilizados posters informativos nos quartos, contendo orientações para a utilização da cromoterapia, de forma a facilitar o acesso à informação e promover a sua utilização autónoma pelas parturientes e acompanhantes (**Apêndice Y**).

Ao longo dos cinco meses de estágio, o desenvolvimento de competências foi também sustentado pela prática clínica contínua, destacando-se a assistência de 63 partos eutócicos e a experiência em contexto de urgência obstétrica e ginecológica. Esta vivência permitiu consolidar competências ao nível da vigilância clínica, identificação precoce de alterações, tomada de decisão e adaptação dos cuidados às diferentes situações,

evidenciando o desenvolvimento de competências específicas do EEESMO no cuidado à mulher durante o trabalho de parto (3.1; 3.2; 3.3) ⁹.

De forma global, este percurso permitiu desenvolver de forma consistente competências específicas articuladas com competências comuns ao nível da melhoria contínua da qualidade (B2), da gestão dos cuidados (C1) e da responsabilidade profissional, ética e legal (A1) ³⁶. Paralelamente, evidencia-se a mobilização de competências de mestre, nomeadamente na capacidade de adaptação das intervenções ao contexto clínico (a), na integração da evidência científica na prática (b) e na participação ativa na dinâmica da equipa e na melhoria dos cuidados (c) ¹.

III.4.III Resultados Obtidos

As intervenções desenvolvidas no bloco de partos permitiram evidenciar impacto ao nível da integração de ENF, da adaptação dos cuidados à evolução do TP e da capacidade da mulher em gerir o seu desconforto, verificando-se uma evolução entre o momento inicial e após a implementação das atividades.

No âmbito do **objetivo específico (1)**, a avaliação da recetividade das parturientes evidenciou, numa fase inicial, desconhecimento e alguma resistência à utilização da hidroterapia. A utilização do roteiro permitiu ajustar a abordagem às características individuais de cada mulher, promovendo posteriormente maior aceitação e envolvimento no processo de decisão. Esta evolução traduz a capacidade de adequar os cuidados às necessidades identificadas (3.1.1; 3.2.1), sustentada numa prática ética e centrada na tomada de decisão partilhada (A1), bem como na utilização de instrumentos estruturados para avaliação e melhoria das intervenções (B2) ^{9,36}.

Este objetivo foi superado, uma vez que estava inicialmente prevista a avaliação da recetividade de 15 grávidas/parturientes, tendo sido possível abranger 31 mulheres.

Relativamente ao **objetivo específico (2)**, a promoção da hidroterapia permitiu a sua integração progressiva enquanto estratégia de conforto no TP. Após a intervenção, verificou-se maior adesão das parturientes e uma utilização mais consistente desta medida, associada a uma melhoria do suporte emocional. O envolvimento da pessoa significativa revelou-se determinante neste processo, reforçando a dimensão relacional do cuidado (3.1.4; 7.1.8) ⁹. Esta intervenção evidencia a capacidade de criar um ambiente terapêutico ajustado às necessidades da mulher (B3), bem como de promover estratégias de cuidado baseadas na evidência e orientadas para ganhos em saúde (D2) ³⁶.

Este objetivo foi igualmente superado, considerando que a promoção da

hidroterapia estava inicialmente prevista junto de 15 grávidas, tendo sido concretizada junto de 27.

No que respeita ao **objetivo específico (3)**, a implementação da hidroterapia demonstrou a sua aplicabilidade no contexto do serviço, sendo utilizada por um número significativo de parturientes. Verificou-se uma melhoria na gestão do desconforto, maior mobilidade e uma participação mais ativa da mulher ao longo do TP. Estes resultados refletem a capacidade de monitorizar a evolução clínica e adaptar as intervenções em tempo real (**3.2.2; 3.2.3; 3.2.5**), articulando a gestão dos cuidados com a organização do serviço e os recursos disponíveis (**C1; C2**)^{9,36}.

No que se refere à implementação da hidroterapia, o objetivo foi superado, uma vez que se previa a sua aplicação junto de 10 grávidas/parturientes, tendo sido possível implementá-la em 22 mulheres durante o TP.

Quanto ao **objetivo específico (4)**, a avaliação dos benefícios através do roteiro permitiu identificar ganhos ao nível do relaxamento, tolerância à dor e sensação de controlo, evidenciados pela perceção das parturientes. A recolha sistematizada destes dados permitiu relacionar a prática com a experiência vivida, contribuindo para uma análise mais consistente das intervenções desenvolvidas, evidenciando a capacidade de avaliar resultados e introduzir melhorias na prática (**B2**)³⁶.

Este objetivo foi também superado, dado que estava prevista a identificação dos benefícios da hidroterapia junto de 5 grávidas/parturientes, tendo sido possível recolher a perceção de 7 mulheres após a sua utilização.

Paralelamente, e em resposta a necessidades identificadas no serviço, foi desenvolvida uma atividade não planeada no âmbito da cromoterapia, incluindo a elaboração de material informativo e a sua apresentação à equipa do serviço, promovendo a integração desta estratégia no ambiente do bloco de partos. Esta iniciativa evidencia a capacidade de identificar oportunidades de melhoria, conceber intervenções ajustadas ao contexto (**a**), integrar a evidência científica (**b**) e dinamizar a prática profissional em equipa (**c**)¹.

De forma global, os resultados obtidos demonstram que as atividades desenvolvidas ultrapassaram os indicadores inicialmente definidos e contribuíram para consolidar uma intervenção especializada, centrada na promoção do conforto, na participação ativa da mulher e na integração de ENF na prática clínica do BP^{13,14}.

III.4.IV Ganhos em Saúde

As intervenções desenvolvidas contribuíram para ganhos em saúde ao nível da

experiência do TP, evidenciando uma melhoria na capacidade de gestão do desconforto, maior conforto físico e emocional e uma vivência mais controlada por parte das parturientes.

Observou-se um aumento da autonomia da mulher, traduzido na sua participação ativa na escolha e utilização de estratégias de conforto, refletindo a capacidade de promover o *empowerment* no processo de cuidado **(3.1.1; D2)** ^{6,23,37,38}.

O envolvimento da pessoa significativa constituiu um ganho relevante, promovendo suporte emocional contínuo e reforçando a sensação de segurança durante o TP, evidenciando a valorização da mulher no seu contexto familiar **(3.1.4; 7.1.8)** ^{2,9,19}.

A utilização da hidroterapia, como ENF, e da cromoterapia, como estratégia ambiental complementar, contribuiu para a criação de um ambiente mais favorável ao bem-estar da mulher, demonstrando a importância do ambiente terapêutico na experiência do parto **(B3)** ^{36,43}. A implementação destas estratégias permitiu ainda reforçar a capacidade de adaptação dos cuidados às necessidades individuais, articulando a prática clínica com a gestão dos recursos disponíveis e a organização do serviço **(C1; C2)** ³⁶.

Importa considerar que a aplicação destas intervenções depende das condições estruturais do serviço, da adesão das parturientes e da sensibilização dos profissionais. Ainda assim, os ganhos observados evidenciam a pertinência das estratégias implementadas e o seu contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados, sustentada numa prática ética, reflexiva e orientada para resultados **(A1; B2; D2)** ³⁶.

De forma integrada, os ganhos em saúde refletem ainda a mobilização de competências de mestre, nomeadamente na capacidade de adaptação das intervenções ao contexto clínico **(a)** e na integração da evidência científica na prática **(b)**, contribuindo para a melhoria da experiência da grávida durante o TP ¹.

III. 5 Exames na Gravidez de Alto Risco e Exames Especiais de Ginecologia

O EC em consulta foi realizado num hospital da região de Lisboa, num serviço que integra a vigilância da gravidez de alto risco e a realização de exames especiais de ginecologia, proporcionando uma visão global dos cuidados à mulher em diferentes fases do ciclo reprodutivo.

Apesar do carácter predominantemente observacional, este período contribuiu para o desenvolvimento de competências na assistência especializada à mulher e família, tendo

tido como objetivos: **“Prestar assistência especializada à mulher/família nos exames complementares de diagnóstico, de doença do foro ginecológico e de senologia” e “Prestar assistência especializada à grávida/família nas consultas de alto risco e exames especiais de obstetrícia.”**

Foram acompanhadas diversas situações clínicas, incluindo consultas de interrupção voluntária da gravidez, rastreio do primeiro trimestre com ecografia de datação realizada por EEESMO, vigilância de gravidezes de alto risco associadas a patologias como diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, bem como a realização de cardiotocografia e de procedimentos invasivos, como a amniocentese. Na área da ginecologia, observaram-se consultas e exames especializados, nomeadamente colposcopias e histeroscopias.

Na sala de tratamentos, foi possível contactar com a realização de pensos cirúrgicos, colocação de implantes e colheita de análises, evidenciando a diversidade de intervenções dirigidas à mulher em diferentes situações clínicas.

A observação destas práticas permitiu compreender a importância da vigilância clínica e da identificação precoce de alterações, bem como a necessidade de adequar a intervenção às especificidades de cada mulher. Neste âmbito, destacam-se competências relacionadas com o cuidado à mulher durante o período pré-natal, nomeadamente na monitorização da gravidez e na identificação de situações de risco (2.1.3; 2.2.2; 2.2.4; 2.2.6), bem como na promoção da decisão informada e orientação em situações como a interrupção voluntária da gravidez (2.1.4) ⁹.

No domínio da ginecologia, foram mobilizadas competências associadas à avaliação e acompanhamento da mulher com afeções do aparelho génito-urinário e mama (6.2.2; 6.3.1; 6.3.4), particularmente no contexto de exames complementares e cuidados subsequentes, permitindo compreender a continuidade dos cuidados nestas situações ⁹.

A diversidade de experiências permitiu ainda consolidar a compreensão do papel do EEESMO na realização e acompanhamento de exames complementares de diagnóstico, bem como na articulação com a equipa multidisciplinar, assegurando a continuidade e adequação dos cuidados prestados.

De forma global, este estágio de carácter observacional permitiu aprofundar conhecimentos e desenvolver uma visão mais integrada da prática especializada, reforçando a capacidade de análise das situações clínicas e a compreensão das intervenções dirigidas à mulher ao longo do seu percurso de saúde.

IV. Considerações Finais

O presente relatório permitiu evidenciar um percurso formativo de desenvolvimento progressivo, sustentado na integração de conhecimentos científicos, competências técnicas, tomada de decisão fundamentada e capacidade reflexiva, essenciais à intervenção do EEESMO. Através da análise das experiências desenvolvidas nos diferentes contextos de EC, foi possível compreender a relevância da hidroterapia enquanto ENF promotora de conforto no TP, bem como refletir sobre a sua aplicabilidade, benefícios e limitações na prática clínica.

Considera-se que os objetivos definidos para este relatório foram globalmente atingidos. A revisão narrativa da literatura permitiu aprofundar e descrever os benefícios da hidroterapia durante o TP, nomeadamente ao nível da promoção do conforto, alívio da dor, relaxamento e melhoria da experiência da mulher. Paralelamente, a análise das intervenções desenvolvidas nos diferentes contextos de EC permitiu demonstrar a aquisição e consolidação de competências comuns, de mestre e específicas do EEESMO, através da articulação entre evidência científica, prática clínica e reflexão crítica. Por fim, a reflexão sobre o percurso formativo possibilitou reconhecer o impacto das experiências vivenciadas na construção de uma identidade profissional mais autónoma, consciente e diferenciada.

Ao longo dos diferentes ECs, a intervenção desenvolvida procurou responder às necessidades identificadas em cada contexto, respeitando as características dos serviços, a disponibilidade dos recursos e as preferências das mulheres acompanhadas. Neste percurso, o meu contributo centrou-se sobretudo: na valorização e integração da hidroterapia como ENF; na sensibilização de grávidas parturientes, puérperas e profissionais para a sua utilização; na dinamização de sessões de educação para a saúde e na construção de instrumentos de apoio à avaliação dos ganhos em saúde. Desta forma, foi possível contribuir para uma prática mais informada, centrada na mulher e orientada para a promoção do conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

A operacionalização do projeto revelou, contudo, alguns desafios relevantes. As condicionantes estruturais dos serviços, a variabilidade na organização dos cuidados, a existência de diferentes níveis de receptividade por parte das mulheres e profissionais, bem como a necessidade de adaptação constante às realidades clínicas encontradas, influenciaram a forma como as intervenções foram implementadas. Esta análise permitiu compreender que a integração da hidroterapia não depende apenas da existência de evidência científica favorável, mas também de fatores organizacionais, humanos e

materiais que podem facilitar ou limitar a sua utilização. Assim, torna-se essencial que a implementação desta estratégia seja acompanhada de formação contínua, uniformização de critérios de utilização e reflexão conjunta entre equipas, de modo a garantir segurança e qualidade nos cuidados prestados.

Apesar destas limitações, os resultados obtidos evidenciaram ganhos relevantes ao nível do conforto físico e emocional, da redução da ansiedade, da perceção de controlo e da valorização da experiência da mulher. A hidroterapia revelou-se uma intervenção ajustável aos diferentes contextos, desde a preparação para o parto até ao internamento e ao BP, permitindo responder de forma individualizada às necessidades identificadas. Para além dos ganhos para as mulheres acompanhadas, este percurso contribuiu também para o desenvolvimento da prática especializada, ao reforçar a importância da utilização de ENF fundamentadas, seguras e integradas numa abordagem global dos cuidados.

Do ponto de vista profissional, este percurso possibilitou a consolidação do raciocínio clínico, o reforço da autonomia, a capacidade de priorização e a tomada de decisão sustentada. A articulação entre conhecimento científico, prática clínica e reflexão crítica permitiu desenvolver uma intervenção mais consciente e ajustada à singularidade de cada mulher e família. Simultaneamente, a participação em atividades formativas, projetos complementares e momentos de educação para a saúde contribuiu para o desenvolvimento de competências de mestre, particularmente ao nível da análise crítica da prática, da integração da evidência científica e da dinamização de intervenções promotoras da qualidade dos cuidados.

Numa perspetiva futura, considera-se pertinente a criação de um protocolo institucional de utilização da hidroterapia durante o TP, adaptado à realidade dos serviços, que inclua critérios de inclusão e exclusão, contraindicações, parâmetros de vigilância materno-fetal, condições de segurança, tempo recomendado de utilização, temperatura da água, registo em processo clínico e orientações para a atuação do EEESMO. Para além disso, seria relevante desenvolver momentos formativos dirigidos à equipa de enfermagem e instrumentos de avaliação sistemática dos ganhos em saúde, permitindo monitorizar o impacto desta estratégia na dor, conforto, satisfação materna e evolução do TP.

Em suma, a hidroterapia revelou-se mais do que uma ENF de alívio da dor, constituindo-se como uma intervenção especializada que traduz a essência dos cuidados do EEESMO: avaliar, individualizar, promover conforto, respeitar a fisiologia do parto e fortalecer a participação ativa da mulher no seu processo de nascimento. A sua integração na prática clínica permitiu evidenciar que a promoção de uma experiência de parto

positiva não depende apenas da redução da dor, mas da capacidade de criar condições de segurança, privacidade, autonomia e confiança. Assim, este percurso reforçou a importância de uma enfermagem especializada assente na evidência científica, na reflexão crítica e na humanização dos cuidados, capaz de transformar intervenções simples, como a utilização da água, em ganhos efetivos para a mulher, família e prática profissional.

V. Referências Bibliográficas

1. Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem – Lisboa. Regulamento n.º 705/2021 – Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Artigo 7.º. Diário da República, 2.ª série. 2021 Jul 27. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/705-2021-168374248>;
2. Cardoso A, Aires C, Machado S, Silva C, Grilo A, 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; 2023. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf;
3. World Health Organization. Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience; 2018. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>;
4. Ergin A, Yayan EH. The use of hydrotherapy in the first stage of labour: a randomized controlled trial. Int J Nurs Pract. 2024;30:e13192. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijn.13192>;
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Immersion in water during labor and delivery. Committee Opinion N° 679. Washington, DC; 2016. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2016/11/immersion-in-water-during-labor-and-delivery.pdf?rev=a4303d29a2954c99a6c1324e608b0c4d&hash=9346B91878C4B7AFE8E858DA44653895>;
6. Nori W, Kassim MAK, Helmi ZR, et al. Non-Pharmacological Pain Management in Labor: A Systematic Review. J Clin Med. 2023;12(23):7203. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm12237203>
7. Direção-Geral da Saúde. Orientação 002/2023 - Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2023. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orienta%C3%A7%C3%A3o-dgs.pdf>;
8. Garland D. Why water? In: Revisiting Waterbirth – An Attitude to Care. 1st ed.

- London: Palgrave Macmillan; 2011. p. 16-28;
9. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 391/2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série, n.º 120. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019_regulamento-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf;
 10. Almeida AP. Hidroterapia como técnica de relaxamento no trabalho de parto: uma estratégia do enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica [dissertação de mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/15951>;
 11. Ferreira I, Rocha S e Varela V. Imersão em Água. In: Sequeira A, Pousa O, Amaral CF, coordenadores. Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. 1ª ed. Lisboa: Lidel; 2020. p. 101-106;
 12. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, Spong CY. Fetal growth and development. In: Williams Obstetrics. 26th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2022. p. 144-178;
 13. Ergin A, Aşcı Ö, Demirgöz Bal M, Öztürk GG, Karaçam Z. The use of hydrotherapy in the first stage of labour: a systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Pract. 2024;30:e13192. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijn.13192>;
 14. Mellado-García E, Martínez-Pérez O, et al. Safety and effect of hydrotherapy during labour. J Clin Med. 2023;12(17):5617. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-0383/12/17/5617>;
 15. Mellado-García E, et al. Hydrotherapy in Pain Management in Pregnant Women: A Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. J Clin Med. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm13113260>;
 16. Lee SL, Liu CY, Lu YY, Gau ML. Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2013 Jan-Feb;42(1):19-28. Disponível em: <https://www.jognn.org/action/showPdf?pii=S0884-2175%2815%2931247-8>;
 17. Nori W, et al.

- Non-Pharmacological Pain Management in Labor: A Systematic Review. *J. Clin. Med.* 2023, 12, 7203. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10707619/pdf/jcm-12-07203.pdf> -
18. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care. 2023. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>;
19. Klein BE, Gouveia HG. Utilização De Métodos Não Farmacológicos Para Alívio Da Dor No Trabalho De Parto. *Cogitare Enfermagem*. 2022 Aug. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/80300>;
20. Whitburn LY, Jones LE, Davey MA, Small R. The meaning of labour pain: how the social environment and other contextual factors shape women's experiences. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 May 30;17(1):157. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5450354/>;
21. Guerra A, Pedro L, Oliveira S. A Dor em Obstetrícia. In: Néné M, Marques R, Batista MA, coordenadores. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª ed. Lisboa: Lidel; 2016. p. 408 - 415;
22. Direção Geral da Saúde. Circular Normativa Nº 09/2003: A dor como 5.º sinal vital: enquadramento normativo e estratégias de intervenção. Lisboa; 2003. Disponível em: https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf;
23. Crossing, P. Pain and pleasure in the birthing room: understanding the phenomenon of orgasmic birth. *British Journal of Midwifery*, v. 29, n. 8, p. 464–471, 2 ago. 2021. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2021.29.8.464>;
24. Tomey AM, Alligood MR. Katharine Kolcaba: Teoria do Conforto. In: *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. 5ª ed. Lisboa: Lusociência; 2004. p.481- 496;
25. Abreu SR. Promoção De Autocuidados No Trabalho De Parto: Contributos Da Enfermeira Especialista Em Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica [Relatório de Estágio]. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo; 2023. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/51808/1/MESMO_10962_original.pdf;
26. Cicek Okuyan Y, Bolsoy N, Cetinkaya A. Exploring birth experience of mother based on comfort theory. *J Pak Med Assoc [Internet]*. 2024 Aug. 23 [cited 2026 May 20];74(9):1623-9. Disponível em:

- https://jpma.org.pk/index.php/public_html/article/view/10470;
- 27.** International Confederation of Midwives. Essential competencies for midwifery practice. 2021. Disponível em: https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/PT_ICM-Essential-Competencies-for-Midwifery-Practice.pdf;
- 28.** Direção Geral da Saúde. Orientação N° 001/2015: Orientação para atuação em situação de parto estacionário. Lisboa; 2015. Disponível em: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/PRT-MN-32-013-GUIDELINE-2015-prt-2015-Orientacao-Parto-estacionario.pdf>;
- 29.** American College of Obstetricians and Gynecologists. Clinical Practice Guideline N° 2: First and second stage labor management. Washington, DC; 2024. Disponível em: <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/clinical-practice-guideline/articles/2024/01/first-and-second-stage-labor-management.pdf?rev=fdaf01f04b86444f8afb6734d88df4de&hash=DF951ED1C2435A5D61D7EB088ED45D17>;
- 30.** Fatia A, Tinoco L. Trabalho de Parto. In: Néné M, Marques R, Batista MA, coordenadores. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 1ª ed. Lisboa: Lidel; 2016. p.308 - 320;
- 31.** World Health Organization. WHO recommendation on routes of oxytocin administration for the prevention of postpartum haemorrhage after vaginal birth. Geneva; 2020. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336308/9789240013926-eng.pdf?sequence=1>;
- 32.** Burns E, Feeley C, Hall PJ, Vanderlaan J. Immersion in water during labour and birth: systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2022;12:e056517. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/12/7/e056517>;
- 33.** Ordem dos Enfermeiros. Parecer n.º 51/2014: Parto na água. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Lisboa; 2014. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_51_2014_Parto_Agua_site_proteg.pdf;

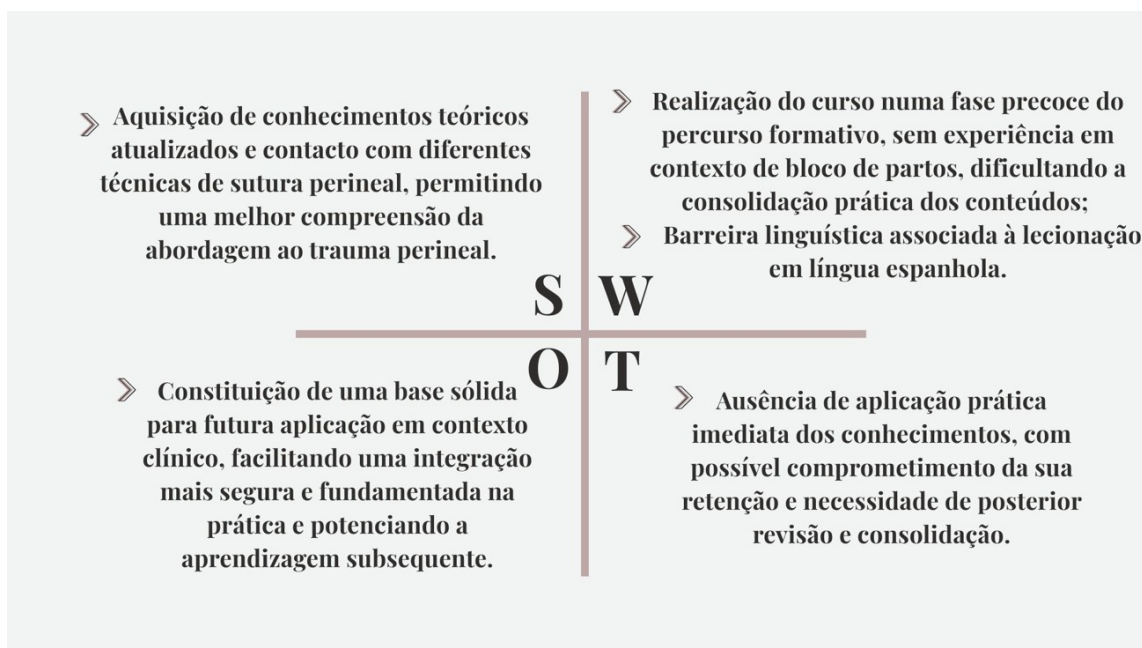
34. Herrero-Orenga C, Galiana L, Sansó N, Martín MM, Romero AC, Fernández-Domínguez JC. Effects of Water Immersion Versus Epidural as Analgesic Methods during Labor among Low-Risk Women: A 10-Year Retrospective Cohort Study. *Healthcare (Basel)*. 2024 Sep 25;12(19):1919. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11476211/pdf/healthcare-12-01919.pdf>;
35. Ordem dos Enfermeiros. Argumentação da contestação enviada à Direção Geral da Saúde sobre partos na água no Centro Hospitalar de Setúbal, EPE. Lisboa; 2014. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2014/ArgumentacaoEnviadaADGS_VF.pdf;
36. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 36. Lisboa; 2019. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>;
37. Mellado-García E, et al. Effects of Hydrotherapy on the Management of Childbirth and Its Outcomes-A Retrospective Cohort Study. *Nurs Rep*. 2024 May 20;14(2):1251-1259. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11130965/pdf/nursrep-14-00095.pdf>;
38. Nilsson L, Thorsell T, Hertfelt Wahn E, Ekström A. Factors influencing positive birth experience. *Midwifery*. 2020;91:102862. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3793576/>;
39. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>;
40. Vaz Sendas M, Figueiredo MH, Mendes A, Charepe Z, Ramos A. The needs of women in the postpartum period: A scoping review. *Midwifery*. 2024;131:103944. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/5b577e97-410b-459d-b59e-995c139f9d75/download>;
41. Hsieh CH, Chen CL, Chung FF, Lin SY. Efficacy of Warm Showers on Postpartum Fatigue Among Vaginal-Birth Taiwanese Women: A Quasi-Experimental Design. *Res Theory Nurs Pract*. 2017 May 1;31(2):96-106. DOI: 10.1891/1541-6577.31.2.96. PMID: 28482991;
42. Victória A, Costa C, Cordeiro M, Santos AP, Tavares M, Tavares P. Transição para

a parentalidade: Estratégias promotoras utilizadas pelos profissionais de saúde. Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social. Vol. 10(1): 1–19. 2024. Disponível em: ;

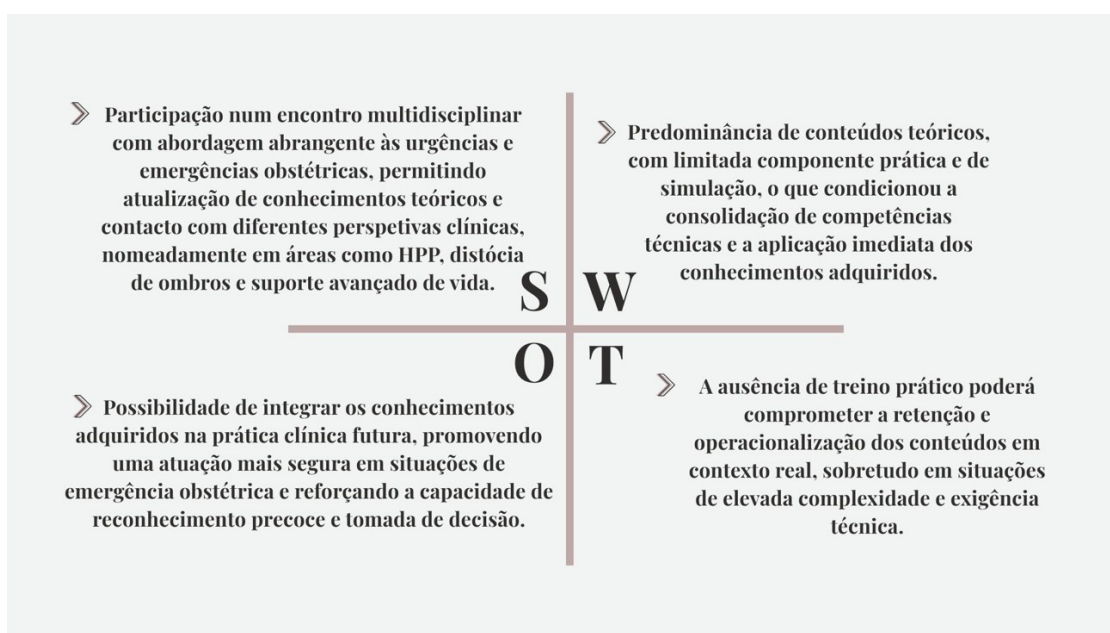
- 43.** Gomes da Silva L, Vasconcellos da Silva AC, Soares Caracol PF, Alves dos Santos W. Chromotherapy as an integrative and complementary practice for reducing pain in childbirth care. Semin Med Writ Educ,. DOI:10.56294/mw2024571.

Apêndices

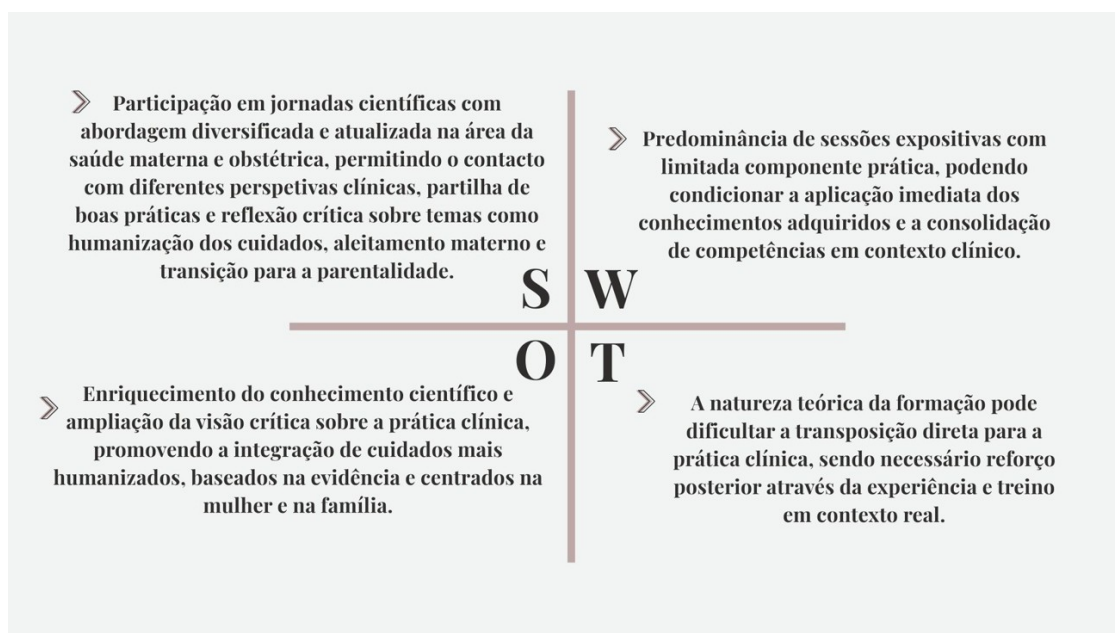
Apêndice A – Análise SWOT: Curso Atualizado de Sutura Perineal



Apêndice B – Análise SWOT: 1º Curso de Urgências e Emergências Obstétricas da ULS Amadora/Sintra



Apêndice C - Análise SWOT: 1º Jornadas de Enfermagem Obstetrícia da ULSLO



Apêndice D – Artigo Submetido - *Scoping Review*: “Administração de Ocitocina Sintética Durante o Trabalho de Parto e Estabelecimento do Aleitamento Materno”

 SALUTIS SCIENTIA

Vol.XX – Mês 2025 Não preencher

Scoping Review

Administração de ocitocina sintética durante o trabalho de parto e estabelecimento do aleitamento materno: *scoping review*

Administration of synthetic oxytocin during labour and the establishment of breastfeeding: a scoping review

Carolina Viana*, Inês Jordão¹, Mariana CamachoCamacho¹, Sophia Afecto¹, Manuela Néné¹

¹ Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Área de Ensino de Enfermagem, Lisboa.

carolinafernandes9210@gmail.com, inespereira9209@esscvp.eu, marianacamacho9324@esscvp.eu, sophiaafecto9260@esscvp.eu, mnene@esscvp.eu

A ocitocina sintética é frequentemente utilizada para iniciar ou acelerar o trabalho de parto (TP). A sua utilização pode influenciar o equilíbrio hormonal da mãe e o comportamento do recém-nascido, nomeadamente os reflexos envolvidos na sucção. O objetivo é mapear a evidência científica disponível sobre a relação entre a administração de ocitocina sintética durante o TP e o estabelecimento do aleitamento materno. Foi realizada uma *scoping review* de acordo com as orientações *Joanna Briggs Institute* (JBI) e PRISMA-ScR. A pesquisa foi realizada nas bases de dados CINAHL, MEDLINE, PubMed, SciELO e RCAAP. Foram selecionados 9 estudos publicados entre 2014 e 2025. Identificaram-se associações desfavoráveis em indicadores precoces do aleitamento materno, enquanto em alguns estudos não se observaram diferenças relevantes. A evidência é inconsistente, sendo necessária mais investigação com melhor caracterização dos fatores associados, nomeadamente da caracterização da exposição à ocitocina e controlo dos cuidados intraparto e pós-parto.

Synthetic oxytocin is frequently used to induce or accelerate labour. Its administration may influence the maternal hormonal balance and newborn behaviour, particularly neonatal feeding reflexes. The aim is to map the available scientific evidence on the relationship between the administration of synthetic oxytocin during labour and the establishment of breastfeeding. A scoping review was conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute (JBI) and

PRISMA-ScR guidelines. The search was carried out in the CINAHL, MEDLINE, PubMed, SciELO and RCAAP databases. Nine studies published between 2014 and 2025 were selected. Unfavourable associations were identified in early breastfeeding indicators, while some studies did not observe any relevant differences.

The evidence is inconsistent, and further research is needed with better characterisation of the associated factors, particularly regarding the characterisation of oxytocin exposure and the control of intrapartum and postpartum care.

PALAVRAS-CHAVE: *Ocitocina sintética; trabalho de parto; aleitamento materno; amamentação exclusiva.*

KEY WORDS: *Synthetic oxytocin; labour; breastfeeding; exclusive breastfeeding.*

Submetido em xx.xx.202x; Aceite em xx.xx.202x; Publicado em xx.xx.202x. Não preencher

* **Correspondência:** Carolina Viana

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-3313-8713>

Email: carolinafernandes9210@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

2
3
4 O aleitamento materno é uma prática reconhecida
5 pelos seus benefícios para a saúde da criança e da
6 mulher^{1,2}. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e
7 a *United Nations International Children's Emergency*
8 *Fund* (UNICEF) recomendam o aleitamento materno
9 exclusivo até aos seis meses de vida, devendo
10 depois ser mantido, em conjunto com uma
11 alimentação complementar adequada, até aos dois
12 anos de idade ou mais^{3,4}.

13
14 A ocitocina é uma hormona produzida no
15 hipotálamo e libertada pela hipófise posterior^{5,6}.
16 Tem um papel fundamental no TP e no período pós-
17 parto^{5,6}. É responsável pelas contrações uterinas,
18 pela ejeção do leite e é também importante no
19 estabelecimento do vínculo entre a mãe e o
20 bebé^{5,6}. A ocitocina sintética é frequentemente
21 utilizada para indução ou aceleração do TP e integra
22 as recomendações internacionais para a prevenção
23 da hemorragia pós-parto⁷⁻¹¹.

24
25 A sua utilização tornou-se rotineira, sem uma
26 avaliação das circunstâncias individuais de cada

27 parturiente, adotando-se uma abordagem
28 padronizada, o que levanta a necessidade de
29 compreender os seus efeitos para além dos
30 resultados imediatos do parto^{6,12}.

31
32 Alguns autores apontam para uma eventual
33 interferência no equilíbrio hormonal da mãe e no
34 comportamento do recém-nascido, nomeadamente
35 nos reflexos inerentes à amamentação¹³. Estudos
36 recentes continuam a investigar esta relação,
37 incluindo a análise do comportamento de sucção do
38 recém-nascido e dos resultados da amamentação
39 após exposição à ocitocina durante o parto^{14,15}.

40
41 Face a estes pressupostos, emergiu a necessidade
42 de realizar uma *scoping review*, seguindo as
43 orientações do *Joanna Briggs Institute* (JBI) e do
44 referencial *Preferred Reporting Items for Systematic*
45 *Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping*
46 *Reviews* (PRISMA-ScR), com o propósito de mapear
47 a evidência disponível sobre esta temática e
48 identificar lacunas de conhecimento^{16,17}.

49
50 Pretende-se mapear a investigação já realizada,
51 clarificando de que forma tem sido definido o
52 conceito de “estabelecimento do aleitamento
53 materno”, quais as características da administração

de ocitocina consideradas (como a via, a dose e o momento de administração) e que outros fatores relacionados com o parto e o pós-parto, como a analgesia, o tipo de parto e o contacto pele-a-pele, são descritos como relevantes nesta análise.

Deste modo, coloca-se a seguinte pergunta de investigação: Qual o impacto da administração de ocitocina sintética durante o trabalho de parto no estabelecimento do aleitamento materno?

METODOLOGIA

Foi utilizada a metodologia População, Conceito e Contexto (PCC) para definir e descrever a população, o conceito e o contexto. Os critérios de seleção dos estudos foram baseados nas orientações do JBI e a apresentação dos resultados seguirá as recomendações do PRISMA-ScR^{16,17}.

Critérios de inclusão

Foram incluídos estudos cuja população corresponde a mulheres no intraparto e/ou pós-parto imediato (parturientes/puérperas) expostas a ocitocina sintética durante o TP, independentemente da idade e paridade. O conceito centra-se no estabelecimento do aleitamento materno, o qual é operacionalizado através dos desfechos e medidas reportadas nos estudos (por exemplo, início precoce da amamentação, eficácia da pega/sucção, exclusividade à alta, entre outros indicadores). O contexto abrange contextos de assistência ao parto (por exemplo, hospitalar ou centros de parto). Foram considerados estudos de natureza quantitativa, qualitativa e de metodologia mista, incluindo estudos primários e literatura cinzenta, atendendo à inclusão de pesquisa em repositório nacional (RCAAP). A *scoping review*, enquanto método de investigação, permite identificar e mapear a evidência científica associada a uma área de estudo e clarificar definições e/ou conceitos¹⁶.

Estratégia de pesquisa e identificação das fontes de informação

A pesquisa foi conduzida nas seguintes bases de dados: PubMed e EBSCOhost (para a CINAHL Complete e MEDLINE). Foram igualmente realizadas pesquisas na SciELO e no RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, incluindo evidência publicada e literatura cinzenta.

Numa primeira fase, procedeu-se à identificação e avaliação da sensibilidade de termos-chave relevantes para o fenómeno em estudo. Numa segunda fase, foi desenvolvida uma pesquisa booleana estruturada em três blocos conceptuais principais: (ocitocina) AND (amamentação) AND (trabalho de parto/pós-parto).

A estratégia integrou sinónimos e termos relacionados, designadamente *oxytocic*, *uterotonic*, *skin-to-skin*, *early initiation of breastfeeding* e *induced labor*, de modo a aumentar a sensibilidade da pesquisa, particularmente em fontes não totalmente indexadas.

Após a pesquisa inicial, (Tabela 1), verificou-se maior sensibilidade quando os termos foram aplicados ao campo do resumo, em comparação com o campo do título.

Extração dos dados

A extração dos dados foi realizada por dois revisores independentes, com recurso a um instrumento de extração de acordo com as orientações do JBI¹⁶. Após a identificação das referências e remoção de duplicados, a seleção das fontes de evidência foi apoiada pelo Rayyan. Concluída a seleção final, procedeu-se à extração de dados. Foram extraídos, de forma sistemática e descritiva, dados relativos às características dos estudos [autor(es), ano, país, desenho/metodologia e tamanho da amostra] e às características clínicas e contextuais relacionadas com a exposição e os desfechos. Incluíram-se, entre outros: dose, via e momento de administração da ocitocina sintética, tipo de parto, utilização de analgesia/anestesia, práticas de contacto pele-a-

143 pele, e indicadores do estabelecimento do
144 aleitamento materno.

145
146 As divergências entre revisores foram resolvidas por
147 consenso e, quando necessário, por intervenção de
148 um terceiro revisor, a informação extraída foi
149 organizada.

150
151 **Processo de seleção das fontes de informação**
152 A pesquisa foi realizada nas bases de dados CINAHL
153 (n = 3068), MEDLINE (n = 8042), PubMed (n = 2259)
154 e SciELO (n = 4), não tendo sido recuperados registos
155 no RCAAP (n = 0). No total, foram identificados 13
156 373 resultados. Foram removidos 50 por duplicação,
157 permaneceram 13323 resultados para triagem por
158 título e resumo. Nesta fase, foram excluídos 13297
159 registos por não cumprirem os critérios de inclusão
160 previamente definidos.

161
162 Seguidamente, 26 artigos avançaram para leitura
163 integral. Após avaliação do texto completo, foram
164 excluídos 17 artigos por não cumprirem os critérios
165 de elegibilidade, pelos seguintes motivos,
166 organizados por temas: ausência de exposição
167 relevante à administração de ocitocina sintética
168 durante o TP (n = 7); ausência de desfechos
169 relacionados com o estabelecimento do
170 aleitamento materno (n = 4); administração de
171 ocitocina enquadrada na prevenção da hemorragia
172 pós-parto (n = 1); foco principal noutra intervenção
173 (p. ex., contacto pele a pele), sem exposição à
174 ocitocina sintética intraparto (n = 1); *outcome*
175 principal não pertinente para a questão (cólicas
176 infantis) (n = 1); intervenção distinta da definida
177 (massagem/cuidados mamários visando
178 estimulação de ocitocina endógena) (n = 1); tipo de
179 publicação não elegível por se tratar de texto de
180 hipótese/opinião (n = 1); e revisão
181 narrativa/conceptual (n = 1). Por fim, nove estudos
182 foram incluídos na *scoping review*.

183 184 **RESULTADOS**

185
186

187 Foram incluídos nove estudos, publicados entre
188 2014 e 2025, maioritariamente desenvolvidos em
189 contexto hospitalar e centrados na relação entre a
190 administração de ocitocina sintética durante o TP e
191 diferentes aspetos do estabelecimento do
192 aleitamento materno.

193
194 Relativamente ao desenho metodológico,
195 identificou-se uma diversidade de abordagens,
196 incluindo estudos observacionais, retrospectivos e
197 prospetivos, estudos caso-controlo, estudos de
198 coorte e um estudo longitudinal¹⁸⁻²⁶. As amostras
199 variaram entre 40 e 316 participantes ou díades
200 mãe-bebé com dados relativos à alimentação.

201 202 **Definição e operacionalização do estabelecimento** 203 **do aleitamento materno**

204 A forma como o conceito de “estabelecimento do
205 aleitamento materno” foi definido revelou-se
206 bastante variável entre os estudos. Alguns trabalhos
207 utilizaram indicadores muito precoces, relacionados
208 com o comportamento do recém-nascido e com a
209 progressão até à sucção na primeira hora ou nas
210 primeiras horas de vida^{18,21,23}. Nestes casos,
211 recorreu-se à observação das nove fases de
212 Widström ou à avaliação de reflexos e padrões de
213 sucção^{18,21,23}.

214
215 Outros estudos optaram por avaliar o
216 estabelecimento do aleitamento com base em
217 indicadores dos primeiros dias ou semanas após o
218 parto, como a quantidade de leite produzida em 24
219 horas, a frequência das mamadas, o momento de
220 início da produção abundante de leite e a proporção
221 de leite materno na alimentação do bebé, com
222 seguimento até um e quatro meses ou avaliação ao
223 fim de um mês^{24,25}.

224
225 Em paralelo, surgiram estudos que definiram o
226 estabelecimento do aleitamento com base na sua
227 continuidade e exclusividade ao longo do tempo²⁰.
228 Noutro caso, foi analisada a quantidade de colostro
229 ou leite extraído com bomba nas primeiras horas e
230 ao fim de uma semana²². Foi ainda identificada a
231 avaliação da atitude inicial da mãe face à

232 amamentação e do momento da primeira mamada,
233 articulada com variáveis hormonais e com a
234 vinculação mãe-bebé no pós-parto imediato²⁶.

236 Características da administração de ocitocina 237 consideradas

238 Quando descrita, a via de administração da
239 ocitocina foi predominantemente
240 endovenosa^{18,20,21,23-26}. Relativamente à dose
241 administrada, existiu grande variabilidade entre os
242 estudos, sendo que em alguns estudos, a dose total
243 não foi indicada^{19,20}. Num dos estudos, a ocitocina
244 foi administrada apenas no terceiro estágio do TP,
245 com o objetivo de avaliar a produção de leite no pós-
246 parto imediato e ao fim de uma semana²².

247
248 Importa referir que, em vários estudos, a
249 administração de ocitocina após o parto para
250 prevenção da hemorragia pós-parto foi uma prática
251 comum, o que pode dificultar a comparação entre
252 grupos quando o foco da análise é a exposição
253 intraparto^{18,19,24,25}.

255 Variáveis relevantes consideradas na análise

256 A analgesia epidural foi frequentemente
257 identificada como um fator relevante na análise dos
258 resultados. Em vários estudos, esta foi mais comum
259 nos grupos expostos à ocitocina e esteve associada
260 a menor produção de leite ou a menor
261 probabilidade de amamentação predominante em
262 momentos posteriores^{18,20,21,24,25}.

263
264 O tipo de parto foi, na maioria dos estudos, limitado
265 a partos vaginais, muitas vezes em contextos de
266 baixo risco^{18,20,21,23-26}. No entanto, existe evidência
267 que incluiu cesarianas eletivas e induções, bem
268 como um estudo em que a possibilidade de
269 cesariana foi referida de forma menos evidente^{19,22}.

270
271 O contacto pele-a-pele foi descrito como uma
272 prática estruturada e prolongada em alguns
273 estudos, e noutros esta informação é ausente ou
274 pouco detalhada, o que limita a comparação entre
275 diferentes contextos^{18,19,21-23,25}.

276

277 Síntese do impacto da ocitocina no 278 estabelecimento do aleitamento materno

279 De forma geral, os resultados apontam para um
280 impacto variável da ocitocina sintética no
281 estabelecimento do aleitamento materno,
282 dependente da forma como este foi avaliado, do
283 contexto de cuidados e da presença de outras
284 intervenções associadas.

285
286 Quando a análise incidiu em indicadores muito
287 precoces, como o comportamento neonatal na
288 primeira hora de vida, observaram-se associações
289 entre a exposição à ocitocina sintética e alterações
290 na sucção e na progressão até à amamentação,
291 sobretudo quando coexistiu analgesia epidural com
292 fentanil²¹.

293
294 Foi também descrito um efeito negativo na
295 amamentação exclusiva aos 30 dias e alterações na
296 sucção não nutritiva em contextos institucionais
297 com menor apoio estruturado à amamentação²⁵.
298 Em contraste, em cenários caracterizados por
299 administração de ocitocina em baixa dose e forte
300 promoção do contacto pele-a-pele, não se
301 observaram diferenças relevantes atribuíveis à
302 ocitocina nos indicadores de amamentação²⁴.

303
304 Noutros estudos retrospectivos, a exposição à
305 ocitocina durante o TP foi associada a maior
306 probabilidade de uso de biberão e a um risco
307 acrescido de interrupção do aleitamento antes dos
308 três meses, bem como a mais dificuldades no início
309 da amamentação^{19,20}.

310
311 No pós-parto imediato, a administração de ocitocina
312 no terceiro estágio do TP mostrou diferenças pouco
313 significativas na quantidade de leite ao fim de uma
314 semana²².

315
316 As principais características dos nove estudos
317 incluídos (ano, país, desenho, dimensão da amostra
318 e a síntese do impacto da ocitocina no
319 estabelecimento do aleitamento materno)
320 encontram-se resumidas na Tabela 2.

321

Ao analisar estes resultados, torna-se evidente que a relação entre a administração de ocitocina sintética durante o TP e o estabelecimento do aleitamento materno é complexa e influenciada por vários fatores, não podendo ser explicada apenas pela exposição à ocitocina. De forma geral, os efeitos parecem ser mais evidentes quando se avaliam indicadores muito precoces, relacionados com o comportamento do recém-nascido e com a sua progressão até à sucção espontânea, especialmente quando a ocitocina é utilizada em conjunto com outras intervenções, nomeadamente a analgesia epidural com fentanil. Em contextos onde o contacto pele-a-pele é promovido de forma contínua e existe apoio organizado à amamentação, o impacto atribuído à ocitocina revela-se menos consistente, salientando a importância das práticas de cuidado e do ambiente institucional na influência dos resultados. Estes dados podem contribuir para uma reflexão clínica e organizacional sobre a necessidade de monitorizar a exposição à ocitocina, incluindo a dose total e a duração da administração, reduzir fatores que possam interferir nos resultados e valorizar medidas de apoio no pós-parto imediato, de forma a facilitar uma transição mais favorável para uma amamentação eficaz e sustentada.

Uma das principais limitações desta scoping review relaciona-se com a grande variabilidade na forma como o “estabelecimento do aleitamento materno” foi definido e avaliado. Os estudos incluídos utilizaram indicadores muito distintos, que vão desde a observação de comportamentos na primeira hora de vida até à avaliação da exclusividade e da duração do aleitamento ao longo de semanas ou meses, o que dificulta a comparação direta entre os resultados e impede uma síntese quantitativa. Além disso, em vários estudos, a caracterização da exposição à ocitocina foi incompleta, dificultando a análise de possíveis efeitos relacionados com a dose. A predominância de estudos observacionais e retrospectivos, frequentemente com amostras reduzidas e grupos com diferenças iniciais, aumenta o risco de influência de outros fatores, como a analgesia

epidural, a utilização de outros fármacos, o tipo de parto, as práticas de contacto pele-a-pele, a suplementação com fórmula e as rotinas institucionais, incluindo a administração sistemática de ocitocina no pós-parto em alguns contextos. Por fim, a diversidade de países e modelos organizacionais representados, bem como a inexistência de estudos realizados no contexto nacional, pode limitar a aplicação direta destes resultados à realidade portuguesa, reforçando a necessidade de investigação futura com maior uniformização dos indicadores e melhor controlo das variáveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta *scoping review* permitiu reunir e organizar a evidência existente sobre o impacto da administração de ocitocina sintética durante o TP no estabelecimento do aleitamento materno. Foi possível perceber de que forma este estabelecimento tem sido definido e avaliado nos estudos, quais as características da administração de ocitocina consideradas (via, dose e momento) e que fatores relacionados com o parto e o pós-parto são apontados como relevantes nesta relação.

A análise da evidência mostra que o conceito de “estabelecimento do aleitamento materno” não é definido de forma consistente. Alguns estudos focaram-se em indicadores muito precoces, relacionados com o comportamento do recém-nascido e com o início da sucção na primeira hora após o nascimento. Outros centraram-se em fatores como a produção e a transferência de leite nos primeiros dias ou em indicadores de continuidade e exclusividade do aleitamento ao longo de semanas ou meses. A utilização de definições distintas limita a comparabilidade entre os estudos e ajuda a explicar as diferenças encontradas nos resultados.

De modo geral, os resultados apontam para um possível efeito desfavorável da ocitocina sintética. Por outro lado, existem estudos que não

- 412 identificaram diferenças relevantes quando a 455
 413 ocitocina foi administrada em baixas doses e em 456
 414 contextos com forte apoio ao contacto pele-a-pele 457
 415 e à amamentação. Nestes casos, sobressai também 458
 416 o papel de outros fatores associados, como a 459
 417 analgesia epidural e o contexto institucional, que 460
 418 podem influenciar os resultados de forma 461
 419 independente e dificultar a atribuição de efeitos 462
 420 exclusivamente à ocitocina. 463
 421
 422 Os resultados desta revisão reafirmam a 464
 423 necessidade de mais investigação com desenhos 465
 424 metodológicos mais fortes, uma caracterização 466
 425 detalhada da exposição à ocitocina (incluindo dose 467
 426 total, duração, protocolo e momento de 468
 427 administração) e um controlo adequado de fatores 469
 428 que podem interferir nos resultados. Torna-se 470
 429 igualmente importante utilizar definições mais 471
 430 consistentes do estabelecimento do aleitamento 472
 431 materno. A produção de evidência nesta área é 473
 432 crucial para fundamentar decisões clínicas e 474
 433 organizacionais, com impacto na promoção do 475
 434 aleitamento materno e na melhoria dos cuidados à 476
 435 díade mãe-bebé. 477
 436
 437 **REFERÊNCIAS** 479
 438 480
 439 481
 440 1. Patnode CD, Henrikson NB, Webber EM, et 482
 441 al. Breastfeeding and health outcomes for 483
 442 infants and children: a systematic review. 484
 443 Pediatrics.2025;156(1): e2025071516. 485
 444 2. Tschiderer L, Seekircher L, Kunutsor SK, et 486
 445 al. Breastfeeding is associated with a 487
 446 reduced maternal cardiovascular risk: 488
 447 systematic review and meta-analysis 489
 448 involving data from 8 studies and 1 192 700 490
 449 parous women. J Am Heart Assoc. 491
 450 2022;11(2):e022746. 492
 451 3. United Nations Children's Fund [UNICEF]. 493
 452 Breastfeeding: a mother's gift, for every 494
 453 child. 2018 [citado 2025 dez 3]. Disponível 495
 454 em:<https://www.unicef.org/media/48046/f> 496
 497
 498
 499
 500
 501
 502
 503
 504
 505
 506
 507
 508
 509
 510
 511
 512
 513
 514
 515
 516
 517
 518
 519
 520
 521
 522
 523
 524
 525
 526
 527
 528
 529
 530
 531
 532
 533
 534
 535
 536
 537
 538
 539
 540
 541
 542
 543
 544
 545
 546
 547
 548
 549
 550
 551
 552
 553
 554
 555
 556
 557
 558
 559
 560
 561
 562
 563
 564
 565
 566
 567
 568
 569
 570
 571
 572
 573
 574
 575
 576
 577
 578
 579
 580
 581
 582
 583
 584
 585
 586
 587
 588
 589
 590
 591
 592
 593
 594
 595
 596
 597
 598
 599
 600
 601
 602
 603
 604
 605
 606
 607
 608
 609
 610
 611
 612
 613
 614
 615
 616
 617
 618
 619
 620
 621
 622
 623
 624
 625
 626
 627
 628
 629
 630
 631
 632
 633
 634
 635
 636
 637
 638
 639
 640
 641
 642
 643
 644
 645
 646
 647
 648
 649
 650
 651
 652
 653
 654
 655
 656
 657
 658
 659
 660
 661
 662
 663
 664
 665
 666
 667
 668
 669
 670
 671
 672
 673
 674
 675
 676
 677
 678
 679
 680
 681
 682
 683
 684
 685
 686
 687
 688
 689
 690
 691
 692
 693
 694
 695
 696
 697
 698
 699
 700
 701
 702
 703
 704
 705
 706
 707
 708
 709
 710
 711
 712
 713
 714
 715
 716
 717
 718
 719
 720
 721
 722
 723
 724
 725
 726
 727
 728
 729
 730
 731
 732
 733
 734
 735
 736
 737
 738
 739
 740
 741
 742
 743
 744
 745
 746
 747
 748
 749
 750
 751
 752
 753
 754
 755
 756
 757
 758
 759
 760
 761
 762
 763
 764
 765
 766
 767
 768
 769
 770
 771
 772
 773
 774
 775
 776
 777
 778
 779
 780
 781
 782
 783
 784
 785
 786
 787
 788
 789
 790
 791
 792
 793
 794
 795
 796
 797
 798
 799
 800
 801
 802
 803
 804
 805
 806
 807
 808
 809
 810
 811
 812
 813
 814
 815
 816
 817
 818
 819
 820
 821
 822
 823
 824
 825
 826
 827
 828
 829
 830
 831
 832
 833
 834
 835
 836
 837
 838
 839
 840
 841
 842
 843
 844
 845
 846
 847
 848
 849
 850
 851
 852
 853
 854
 855
 856
 857
 858
 859
 860
 861
 862
 863
 864
 865
 866
 867
 868
 869
 870
 871
 872
 873
 874
 875
 876
 877
 878
 879
 880
 881
 882
 883
 884
 885
 886
 887
 888
 889
 890
 891
 892
 893
 894
 895
 896
 897
 898
 899
 900
 901
 902
 903
 904
 905
 906
 907
 908
 909
 910
 911
 912
 913
 914
 915
 916
 917
 918
 919
 920
 921
 922
 923
 924
 925
 926
 927
 928
 929
 930
 931
 932
 933
 934
 935
 936
 937
 938
 939
 940
 941
 942
 943
 944
 945
 946
 947
 948
 949
 950
 951
 952
 953
 954
 955
 956
 957
 958
 959
 960
 961
 962
 963
 964
 965
 966
 967
 968
 969
 970
 971
 972
 973
 974
 975
 976
 977
 978
 979
 980
 981
 982
 983
 984
 985
 986
 987
 988
 989
 990
 991
 992
 993
 994
 995
 996
 997
 998
 999
 1000

- 497 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550420> 535
- 498 536
- 499 12. Aksoy SD, Yel SY, Akyildiz D. The effect of 537
- 500 maternal oxytocin induction during birth on 538
- 501 early neonatal pain and stress: a quasi- 539
- 502 experimental study. Biol Res Nurs. 540
- 503 2025;27(1):101-108. 541
- 504 13. Bell AF, Rankin K, White-Traut R. Association 542
- 505 between intrapartum synthetic oxytocin 543
- 506 exposure and prefeeding cues within the 544
- 507 first hour after birth. Early Hum Dev. 545
- 508 2012;88(11):903-908. 546
- 509 14. Berkovitz-Shperling R, Ram S, Stark R, et al. 547
- 510 Synthetic oxytocin administration during 548
- 511 labor and its impact on exclusive 549
- 512 breastfeeding in the immediate postpartum 550
- 513 period. Arch Gynecol Obstet. 551
- 514 2025;311(1):145-152. 552
- 515 15. Fernández-Cañadas A, Marín Gabriel MA, 553
- 516 Olza Fernández I, et al. The relationship of 554
- 517 the administration of intrapartum synthetic 555
- 518 oxytocin and breastfeeding initiation and 556
- 519 duration rates. Breastfeed Med. 557
- 520 2017;12(2):98-102. 558
- 521 16. Peters MD, Godfrey C, McInerney P, et al. 559
- 522 Chapter 11: Scoping reviews. In: Aromataris 560
- 523 E, Munn Z, editores. JBI manual for evidence 561
- 524 synthesis. JBI, 2020; p. 406-451. 562
- 525 17. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA 563
- 526 extension for scoping reviews (PRISMA- 564
- 527 ScR): checklist and explanation. Ann Intern 565
- 528 Med. 2018;169(7):467-473. 566
- 529 18. Gabriel MA, Olza Fernández I, Malalana 567
- 530 Martínez AM, et al. Intrapartum synthetic 568
- 531 oxytocin reduce the expression of primitive 569
- 532 reflexes associated with breastfeeding. 570
- 533 Breastfeed Med. 2015;10(4):209-213. 571
- 534 19. García-Fortea P, González-Mesa E, Blasco 572
- M, et al. Oxytocin administered during labor 535
- and breast-feeding: a retrospective cohort 536
- study. J Matern Fetal Neonatal Med. 537
- 2014;27(15):1598-1603. 538
20. Gomes M, Trocado V, Carlos-Alves M, et al. 539
- Intrapartum synthetic oxytocin and 540
- breastfeeding: a retrospective cohort study. 541
- J Obstet Gynaecol. 2018;38(6):745-749. 542
21. Brimdyr K, Cadwell K, Widström AM, et al. 543
- The effect of labor medications on normal 544
- newborn behavior in the first hour after 545
- birth: a prospective cohort study. Early Hum 546
- Dev. 2019;132:30-36. 547
22. Ismail IB. Effects of oxytocin therapy on 548
- amount of breast milk in postpartum period 549
- in maternity teaching hospital. World Fam 550
- Med. 2019;17(5):22-27. 551
23. Zhou Y, Liu W, Xu Y, et al. Effects of different 552
- doses of synthetic oxytocin on neonatal 553
- instinctive behaviors and breastfeeding. Sci 554
- Rep. 2022;12(1):16434. 555
24. Takahata K, Horiuchi S, Miyauchi A, et al. A 556
- longitudinal study of the association of 557
- epidural anesthesia and low-dose synthetic 558
- oxytocin regimens with breast milk supply 559
- and breastfeeding rates. Sci Rep. 560
- 2023;13(1):21146. 561
25. Omaru M, Kajiwaru S, Wakamatsu E, et al. 562
- Impact of intrapartum oxytocin 563
- administration on neonatal sucking 564
- behavior and breastfeeding. Sci Rep. 565
- 2024;14(1):5859. 566
26. Özdemir M, Çeber Turfan E, Keskin HL. 567
- Oxytocin administration during labor does 568
- not affect maternal serum oxytocin levels, 569
- early postpartum breastfeeding attitude 570
- and maternal attachment. PLoS One. 571
- 2025;20(1):e0337762. 572

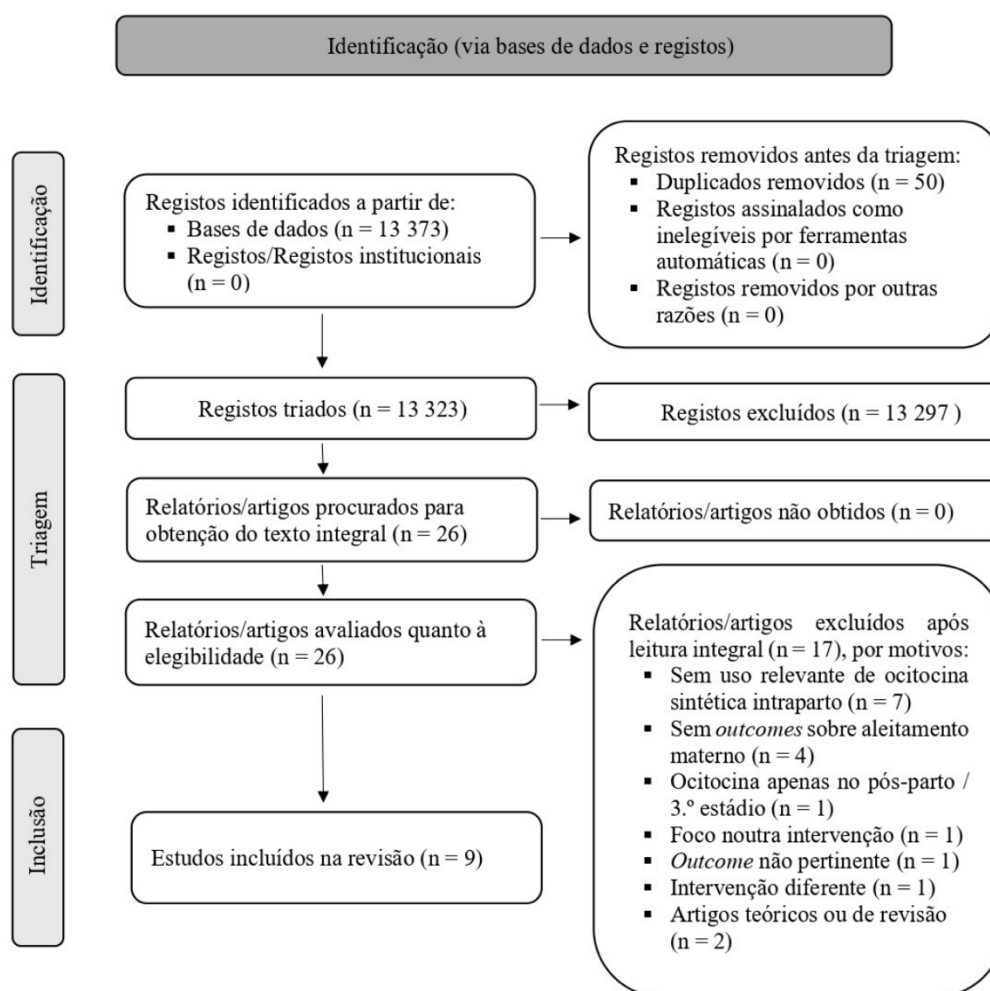
Tabela 1 – Estratégia de pesquisa na base de dados via EBSCOhost em novembro de 2025.

Query	Resultados
AB (MH "Oxytocin" OR oxytocin OR pitocin) AND (MH "Breast Feeding" OR breastfeed* OR "breast feeding" OR lactation) AND (MH "Labor, Obstetric" OR MH "Postpartum Period" OR labor OR labour OR intrapartum OR postpartum)	11 615
TI (MH "Oxytocin" OR oxytocin OR pitocin) AND (MH "Breast Feeding" OR breastfeed* OR "breast feeding" OR lactation) AND (MH "Labor, Obstetric" OR MH "Postpartum Period" OR labor OR labour OR intrapartum OR postpartum)	3135

Tabela 2 – Características dos estudos incluídos

Autores	Ano	Local do estudo	Metodologia/desenho	Participantes	Impacto da ocitocina no estabelecimento do aleitamento
Zhou et al.	2022	China (Shandong Weifang)	Observacional hospitalar	154 díades (4 grupos)	Resultados mistos no período inicial: diferenças em etapas comportamentais e mamadas exclusivas nas primeiras 72 horas; sem diferença na exclusividade aos 3 meses.
Ismail	2019	Iraque (Erbil)	Caso -controlo	40 mulheres	Efeito ligeiramente favorável na quantidade de leite ao fim de 1 semana (mais casos com volume “normal” no grupo com ocitocina); não avalia estabelecimento precoce nem exclusividade.
Takahata et al.	2023	Japão	Longitudinal	83 primíparas	Sem efeito relevante da ocitocina em baixa dose nos indicadores de amamentação; impacto mais evidente associado à epidural (produção e amamentação).
Gomes et al.	2018	Portugal (ULS Alto Minho)	Retrospectivo	201 díades	Associação com mais dificuldades na 1ª hora; aos 3 meses, diferenças perdem significância após ajuste.
Omaru et al.	2024	Japão	Observacional (modelos multivariados)	64 díades	Associação negativa: menos amamentação exclusiva ao 1º mês; alterações na sucção não nutritiva.
Gabriel et al.	2015	Espanha (Madrid)	Prospetivo (vídeo em CPP)	86 díades	Associação negativa nos reflexos ligados à sucção/amamentação; sem relação clara dose-efeito.
García-Forteza et al.	2014	Espanha (Málaga)	Retrospectivo	316 RN com dados	Associação negativa: maior probabilidade de introduzir biberão e maior risco de interrupção antes dos 3 meses.
Özdemir et al.	2025	Turquia (Ankara)	Prospetivo caso-controlo	153 díades	Sem diferenças na atitude inicial face à amamentação e no momento da primeira mamada; sem diferenças nos níveis de ocitocina materna/neonatal (período imediato).
Brimdyr et al.	2019	EUA e Suécia	Coorte prospectiva (vídeo 1.ª hora)	63 díades	Associação negativa nos comportamentos instintivos na 1ª hora, sobretudo com combinação de ocitocina e fentanil/epidural.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos estudos.



Apêndice E - Póster Científico: “Benefícios do Banho em *Swaddle* no Recém-Nascido” no XXVI Congresso Nacional e X Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetra

Desafios Atuais na Promoção da Saúde Perinatal por EESMO/Parteira





XXVI Congresso Nacional e X Internacional APEO

Benefícios do Banho em *Swaddle* no Recém-Nascido

Carolina Viana(1); Mariana Camacho (2); Sophia Afecto (3); Inês Jordão (4);
Manuela Nêné (5) e Dora Carteiro (6)
Contacto: Carolina Viana – carolinafernandes9210@esscvp.eu



Fig. 1. Banho em Swaddle

INTRODUÇÃO

Os cuidados neonatais têm evoluído com o foco na promoção do bem-estar e no desenvolvimento saudável dos recém-nascidos¹. É da responsabilidade do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO) o cuidado individualizado do recém-nascido (RN), onde se enquadram os cuidados de higiene e conforto, que carecem de uma avaliação do estado hemodinâmico^{1,2}. Na prática hospitalar distinguem-se vários tipos de banho, sendo o banho em *swaddle*, uma das novas práticas^{1,3}.

Banho em *Swaddle*

Consiste na imersão completa do corpo até aos ombros, o recém-nascido deve estar posicionado cumprindo o alinhamento segundo a linha média do corpo e os membros devem estar posicionados de forma fisiológica conservando a flexão fetal^{1,5}. São envolvidos numa fralda de pano macia e imersos suavemente numa banheira de água à temperatura corporal^{4,5}. No decorrer do banho cada membro é individualmente descoberto, lavado, enxaguado e novamente envolvido^{4,5}. É pertinente preparar o ambiente, a temperatura da água deve estar nos 38°C e a temperatura da sala entre 26°C-28°C^{4,5}.

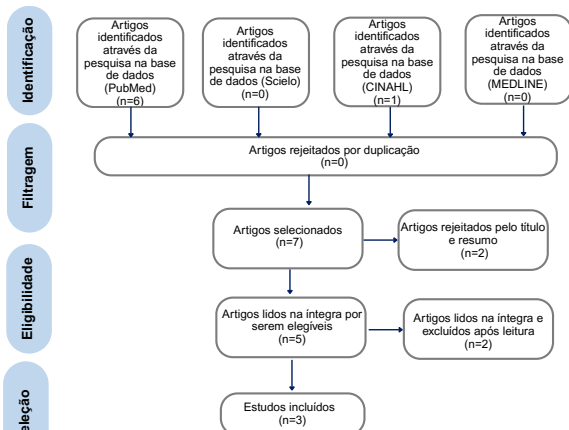
OBJETIVO

- Identificar os benefícios do banho em *swaddle* para o recém-nascido.

METODOLOGIA

Revisão narrativa da literatura. Critérios de inclusão: artigos em texto integral, disponíveis gratuitamente, com limite temporal dos últimos 5 anos, nos idiomas português e inglês. Realizou-se validação dos seguintes descritores em ciências da saúde DeCS/MeSH: “bath”, “premature”, “infant”, “nurs”. Utilizou-se também termos em linguagem natural, como: “swaddle”, “benefits” e “advantage”

Equação de pesquisa: [(benefits OR vantagens) AND (swaddle) AND (bath) AND (nurs*) AND (premature OR infant)]



Atenção:
(1) Enfermeira no H. de Luz, Estudante do 1º Mestrado da ESSCVP Lisboa; (2) Enfermeira no H. de Luz, Estudante do 1º Mestrado da ESSCVP Lisboa; (3) Enfermeira no H. de Luz, Estudante do 1º Mestrado da ESSCVP Lisboa; (4) Enfermeira no H. de Luz, Estudante do 1º Mestrado da ESSCVP Lisboa; (5) Enfermeira no H. de Luz, Estudante do 1º Mestrado da ESSCVP Lisboa; (6) Enfermeira no H. de Luz, Estudante do 1º Mestrado da ESSCVP Lisboa

RESULTADOS

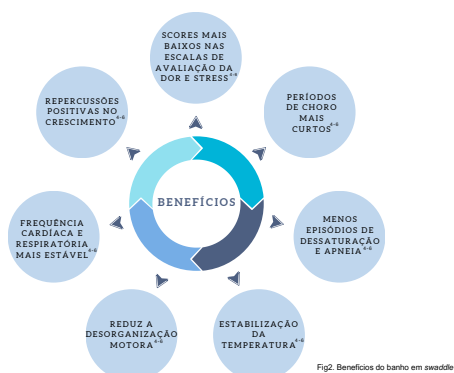
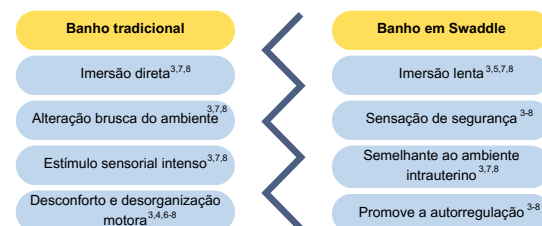


Fig2. Benefícios do banho em swaddle

Evidencia-se uma diminuição significativa nos níveis de desconforto e stress após o banho em *swaddle*⁷. Esta técnica ajuda a reduzir o gasto energético relacionado ao stress durante o banho, permitindo que o RN a conserve para o desenvolvimento e para o ganho de peso⁸.



Confirma-se que o banho tradicional tende a aumentar a resposta ao stress, com sinais de tensão muscular e desconforto, enquanto que a técnica *swaddle* permite uma experiência de banho mais confortável^{4,8}. Afirma-se que o banho em *swaddle* proporciona um ambiente confortável e estabilizador para o recém-nascido, semelhante à contenção experienciada no útero^{7,8}.

CONCLUSÕES

O banho em *swaddle* apresenta vários benefícios para o RN contudo esta técnica ainda carece de integração nos cuidados. O ensino dos cuidados de higiene e conforto ao RN é realizado no internamento de puérperas e na neonatologia, estes momentos tornam-se oportunos para a capacitação dos cuidadores nesta técnica. O EESMO é um elemento diferenciado, tem como responsabilidade prestar cuidados com base na evidência científica mais atual e ser responsável pela formação dos seus pares, incentivando a integração de novas técnicas.

REFERÊNCIAS



Porto Portugal

Apêndice F – PIF: Plano de Projeto

Cuidados de Saúde Primários

Cuidados de Saúde Primários	
Objetivo Geral	Prestar a assistência especializada à grávida/família na vigilância pré-natal normal.
Objetivo Específico 1	1. Avaliar a receptividade das grávidas na escolha da hidroterapia como estratégia de conforto.
Atividades	• Realização de uma avaliação inicial da grávida. • Registo das condições físicas e emocionais da parturiente. • Promoção de conversas informais para compreender as preferências das grávidas. • Identificação das expectativas da grávida em relação à gestão da dor durante o trabalho de parto. • Promoção da presença e envolvimento de uma pessoa de suporte durante as consultas de vigilância da gravidez.
Recursos	• Notas de campo.
Avaliação	• Conseguir avaliar a receptividade a pelo menos 10 grávidas.
Objetivo Específico 2	2. Educar as grávidas sobre os benefícios da utilização da hidroterapia de forma a aliviar alguns desconfortos do último trimestre da gravidez.
Atividades	• Realização de sessões de educação para a saúde. • Desenvolvimento de materiais educativos para a promoção da hidroterapia como forma a aliviar alguns desconfortos do último trimestre da gravidez. • Acompanhamento da aplicação das técnicas ao longo das últimas consultas de enfermagem. • Esclarecimento de dúvidas da parturiente.
Recursos	• Notas de campo. • Registos informáticos. • Material de suporte educativo. • Espaço apropriado para sessões educativas.
Avaliação	• Conseguir educar pelo menos 5 grávidas.
Objetivo Específico 3	3. Implementar a hidroterapia como medida de conforto no último trimestre da gravidez.
Atividades	• Ensino de técnicas para o uso do duche morno ou banheira em casa para aliviar desconfortos do último trimestre da gravidez. • Promover aulas de hidroginástica adaptadas ao último trimestre. • Orientação sobre o uso seguro do duche morno ou da banheira durante a fase latente do trabalho de parto, caso a grávida ainda se encontre no domicílio. • Demonstração de exercícios aquáticos que promovam relaxamento e alívio de dores, através de vídeos. • Promoção da integração da hidroterapia no plano de parto. • Documentação das melhorias no bem-estar materno-fetal, através de um roteiro. • Apresentação dos ganhos em saúde registados, utilizando a hidroterapia.
Recursos	• Plano de parto. • Vídeos demonstrativos. • Roteiro. • Supervisor Clínico. • Material de suporte educativo.
Avaliação	• Conseguir implementar a hidroterapia como medida de conforto a pelo menos 5 grávidas. • Apresentar os ganhos em saúde registados no roteiro, utilizando a hidroterapia, ao supervisor clínico.

Internamento de Grávidas

Internamento de Grávidas	
Objetivo Geral	Prestar a assistência especializada à grávida/família na vigilância pré-natal normal e de risco, em situação de internamento.
Objetivo Específico 1	1. Avaliar as condições físicas e emocionais das grávidas internadas.
Atividades	• Realização de avaliações clínicas individuais à grávida. • Realização de avaliação do estado emocional da grávida e pessoa significativa. • Documentação das necessidades individuais das grávidas. • Esclarecimento de dúvidas sobre a aplicabilidade da hidroterapia durante o internamento.
Recursos	• Conversas informais com a puérpera, com recolha de notas de campo.
Avaliação	• Conseguir avaliar pelo menos 15 grávidas.
Objetivo Específico 2	2. Sensibilizar as grávidas para os benefícios da hidroterapia na gestão da dor.
Atividades	• Realização de sessões informativas sobre hidroterapia. • Promoção de discussões em grupo para partilha de experiências. • Distribuição de materiais educativos.
Recursos	• Material de suporte educativo. • Espaço apropriado para sessões educativas.
Avaliação	• Conseguir sensibilizar pelo menos 10 grávidas.
Objetivo Específico 3	3. Utilizar a hidroterapia para promover o conforto, o alívio da dor e a redução do stress.
Atividades	• Reunião informal com o supervisor clínico para planeamento das intervenções. • Demonstração prática da aplicação da técnica. • Adaptação do ambiente para maximizar o conforto. • Monitorizar o bem-estar materno-fetal antes e após a aplicação da técnica. • Realização de conversas informais com as grávidas após a utilização da técnica. • Documentação das melhorias no bem-estar materno-fetal, através de um roteiro. • Apresentação dos ganhos em saúde registados, utilizando a hidroterapia.
Recursos	• Duches adaptados e individuais. • Equipamentos de monitorização cardiotocográfica. • Notas de campo. • Supervisor clínico. • Roteiro.
Avaliação	• Conseguir utilizar a hidroterapia em pelo menos 5 grávidas. • Apresentar os ganhos em saúde registados no roteiro, utilizando a hidroterapia, ao supervisor clínico.

Internamento de Puérperas

Internamento de Puérperas	
Objetivo Geral	Prestar a assistência especializada à puérpera/família/recém-nascido em situação de internamento.
Objetivo Específico 1	1. Perceber a recetividade das puérperas na utilização da hidroterapia no alívio de desconfortos do pós-parto no internamento.
Atividades	• Realização de uma avaliação inicial da parturiente. • Avaliação de sinais vitais antes e após as intervenções. • Registo dos relatos das puérperas sobre a possibilidade de utilizarem a hidroterapia, como meio de conforto.
Recursos	• Notas de campo.
Avaliação	• Conseguir perceber a recetividade de pelo menos 10 puérperas.
Objetivo Específico 2	2. Integrar momentos de relaxamento como, a hidroterapia, durante o internamento.
Atividades	• Implementação de sessões de educação para a saúde práticas sobre a hidroterapia. • Monitorização do impacto das intervenções nas puérperas. • Conversas informais com as puérperas sobre os resultados da hidroterapia. • Esclarecimento de dúvidas da parturiente. • Acompanhamento da aplicação das técnicas no internamento.
Recursos	• WC com duches individuais. • Notas de campo. • Material de suporte educativo.
Avaliação	• Integrar a hidroterapia como medida de conforto a pelo menos 5 puérperas.
Objetivo Específico 3	4. Educar as puérperas sobre a utilização da hidroterapia, como método de conforto, para utilizar no domicílio.
Atividades	• Realização de sessões de educação para a saúde. • Desenvolvimento de materiais educativos para a promoção do conforto no pós-parto. • Acompanhamento da aplicação das técnicas no internamento.
Recursos	• Material de suporte educativo. • Espaços adequados para sessões.
Avaliação	• Conseguir realizar as sessões de educação para a saúde a pelo menos 10 puérperas.
Objetivo Específico 4	4. Inserir o uso da hidroterapia no plano de cuidados pós-parto no domicílio.
Atividades	• Monitorização da recuperação física e emocional da puérpera. • Promover o plano do pós-parto. • Validação de informação com o supervisor clínico e pedagógico.
Recursos	• Notas de campo. • Registos informáticos.
Avaliação	• Conseguir integrar o uso da hidroterapia no plano do pós-parto a pelo menos 5 puérperas.

Bloco de Partos

Bloco de Partos	
Objetivo Geral	Prestar a assistência especializada à parturiente/família nos estádios de TP e parto.
Objetivo Específico 1	1. Avaliar a recetividade das parturientes na escolha da hidroterapia para o alívio da dor.
Atividades	- Realização de uma avaliação inicial da parturiente. - Registo das condições físicas e emocionais da parturiente. - Promoção de conversas informais para compreender as preferências das parturientes. - Identificação das expectativas da parturiente em relação à gestão da dor durante o trabalho de parto. - Promoção da presença e envolvimento de uma pessoa de suporte durante o trabalho de parto.
Recursos	- Notas de campo. - Registos informáticos.
Avaliação	Conseguir avaliar a recetividade à hidroterapia de pelo menos 15 parturientes.
Objetivo Específico 2	2. Promover a hidroterapia com uma estratégia não farmacológica promotora do conforto e do alívio da dor no trabalho de parto.
Atividades	- Educação sobre as opções de alívio da dor tanto não farmacológicas, como farmacológicas. - Colaborar com outros profissionais no controlo farmacológico da dor da parturiente. - Reforço da confiança na parturiente para tomada de decisões. - Oferecer apoio emocional durante o processo. - Facilitação de escolhas informadas através de conversas informais com a parturiente e o parceiro/a.
Recursos	- Espaço com privacidade. - Material de suporte educativo. - Equipa multidisciplinar.
Avaliação	Conseguir promover a hidroterapia a pelo menos 15 parturientes.
Objetivo Específico 3	3. Implementar a hidroterapia como estratégia não farmacológica durante o trabalho de parto.
Atividades	- Aplicação das técnicas de hidroterapia de forma segura e eficaz. - Monitorização cardiotocográfica contínua ou semi-contínua durante a utilização da técnica. - Avaliação do bem-estar materno, despistando qualquer contraindicação para a realização da hidroterapia. - Adaptação do ambiente para maior conforto, assegurando a privacidade da parturiente e parceiro/a. - Avaliação da temperatura da água e condições de segurança.
Recursos	- Duches e banheiras acessíveis. - Equipamentos de monitorização cardiotocográfica à prova de água e wireless. - Quarto individual.
Avaliação	Conseguir implementar a hidroterapia a pelo menos 10 parturientes.
Objetivo Específico 4	4. Identificar os benefícios da hidroterapia com uma estratégia não farmacológica promotora do conforto e do alívio da dor no trabalho de parto.
Atividades	- Comparação da cervicometria antes e após a realização da hidroterapia, mediante consentimento informado da parturiente. - Comparação do estado emocional da parturiente antes e após a hidroterapia. - Observação e documentação da evolução do trabalho de parto, utilizando o partograma.
	- Realização de conversas informais com as grávidas após a utilização da técnica, com recolha de notas de campo. - Documentação das melhorias no bem-estar da parturiente, através de um roteiro.
Recursos	- Notas de campo. - Supervisor Clínico. - Equipamento informático. - Partograma. - Roteiro.
Avaliação	Conseguir identificar os benefícios em pelo menos 5 parturientes.

Apêndice G – Sessão de Educação para a Saúde “Benefícios da Hidroterapia no Trabalho de Parto”

Benefícios da Hidroterapia no Trabalho de Parto

Trabalho de Parto II

Trabalho Realizado:

Supervisora Clínica:

Supervisora Pedagógica:

Estádios do TP

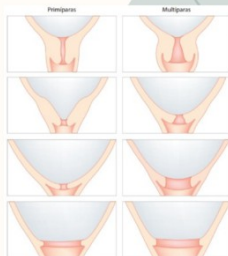
- 1 **1º Estádio:** Apagamento e dilatação do colo
- 2 **2º Estádio:** Período expulsivo
- 3 **3º Estádio:** Dequitação
- 4 **4º Estádio:** Puerpério imediato



1º Estádio - Apagamento e Dilatação do Colo do Útero

Fase Latente: é caracterizada por contratilidade uterina rítmica e regular que resulta no apagamento do colo do útero e numa dilatação inicial. Pode durar entre 8h-20h.

Fase Ativa: corresponde ao período em que a dilatação cervical ocorre de forma mais rápida e eficiente, abrangendo desde os 4 ou 6 cm até aos 10 cm de dilatação.



2º Estádio - Período Expulsivo

Este período é caracterizado pela descida do feto pelo canal de parto, acompanhado pelos esforços expulsivos maternos. A duração esperada para este período é de até duas horas em primíparas e uma hora em multiparas.

A DOR durante o TP é normal e fisiológico.

É provocada pelas alterações do colo do útero e descida do bebé.

- Dor na parte inferior do abdómen;
- Dor na lombar;
- Dor em cinturão;



O colo do útero amolece e começa a afinar.

2º Estádio - Período Expulsivo

O que vou sentir?

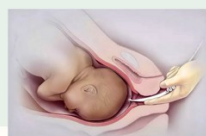
- **Pressão** na bexiga e no reto (vontade de evacuar);
- **Estiramento** dos tecidos do perineo;
- **Tração** dos ligamentos do útero e colo durante as contrações;
- **Dor** no perineo.

O que acontece?

- Expulsão da cabeça;
- Verificação de circulares cervicais;
- Expulsão ombro anterior;
- Expulsão ombro posterior;
- Expulsão do resto do corpo.



2º Estádio - Período Expulsivo



Amniotomia (RABA)

Pode ser realizada para acelerar o TP ou para avaliar as características do líquido amniótico.



Episiotomia

Não deve ser feita por rotina mas apenas quando é necessária. **Necessita de consentimento!**



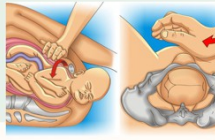
Manobra de Kristeller

Considerada violência obstétrica, está contraindicada (riscos maternos e fetais)

2º Estadio - Período Expulsivo ^{1-3,6}



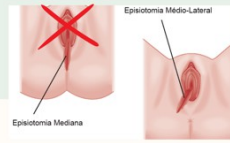
Manobra de Kristeller



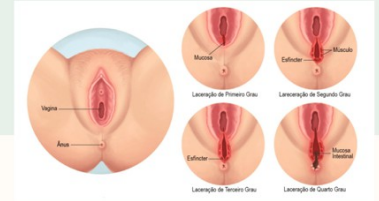
Manobra de Rubin I

Uma das monobras utilizadas para a resolução da Distócia de Ombros.

2º Estadio - Período Expulsivo ^{1-3,6}



Episiotomia

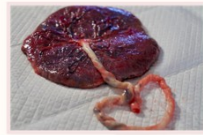


Lacerações Perineais

3º Estadio - Dequitação ou Nascimento da Placenta ^{1-3,6}

O que vou sentir?

- Progressão da placenta no canal de parto e contrações uterinas de menor intensidade;
- Dor de menor intensidade na parte inferior do abdômen, perineo e região lombar.



O que acontece?

- A placenta (órgão que oxigenava e nutria o bebê) continua a pulsar sangue para o bebê pelo cordão umbilical e deve-se aguardar que termine de pulsar para se cortar o cordão umbilical;
- Pode durar entre 5 a 30 minutos. Após esse tempo pode haver necessidade do profissional realizar uma massagem uterina para ajudar a placenta a nascer.
- Após a dequitação o profissional de saúde irá realizar uma avaliação rigorosa da integridade da placenta, a avaliação da contração uterina e a administração da ocitocina em perfusão intravenosa ou administração intramuscular.

4º Estadio - Puerpério Imediato (2h após o parto) ^{1-3,6}

- Avaliar a adaptação do RN à vida extrauterina (índice de APGAR);
- Monitorizar a involução uterina e observar as características dos loquios;
- Promoção da vinculação através do contacto pele-a-pele e amamentação na 1ª hora de vida.



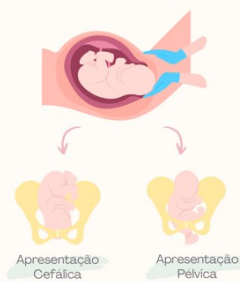
Golden Hour

Duração Média dos Estádios do Trabalho de Parto

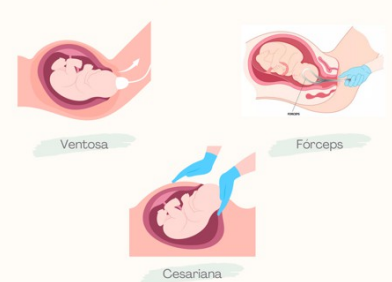
Estádios Trabalho de Parto	Primíparas		Múltiparas	
	Média	Limite do normal	Média	Limite do normal
Dilatação	13,3 h	28,5 h	7,5 h	20 h
Período Expulsivo	57 min	2,5 h	18 min	50 min
Dequitação	5 a 30 min			
Puerpério imediato	2 horas após o parto			

Tipos de Parto ^{1-3,6}

Eutócico



Distócico



Indicações para Cesariana ¹

DGS - Norma 001/2015

Programada

Situação em que o motivo da cirurgia não requer que esta seja realizada no próprio dia, podendo ser agendada para uma data futura.

Exemplo: Apresentação pélvica ou transversa, Cesarianas anteriores, patologia materna ou placenta prévia.



Urgente

Situação onde existe uma situação clínica que carece de resolução num curto intervalo de tempo (<180 minutos), mas não existe perigo iminente de saúde para o feto e/ou para a parturiente.

Exemplo: Suspeita de incompatibilidade feto-pélvica ou Tentativa falhada de indução do TP.

Emergente

Situação onde existe perigo iminente de saúde para o feto e/ou para a parturiente, deverá ser realizada em 15 minutos.

Exemplo: Prolapso do cordão, Rotura uterina, Descolamento da placenta ou Estado fetal não tranquilizador intraparto



Indução de Trabalho de Parto ¹

DGS - Norma 002/2015

O que significa?

Define-se **indução do trabalho de parto** como a iniciação artificial de contrações uterinas rítmicas de forma a desencadear o trabalho de parto antes do seu início espontâneo, a partir das 22 semanas de gestação.

Existe também a **maturação cervical**, que consiste na preparação do colo do útero para uma posterior indução do TP.



Estes métodos **não devem** ser consideradas em gestações não complicadas como forma de abreviar a duração da gravidez, por motivos psicológicos ou sociais, ou para agendar a data do parto.

Indução de Trabalho de Parto

DGS - Norma 002/2015

Indicações

- Idade Gestacional > 41 semanas;
- Líquido amniótico diminuído (oligoâmnios) em gestação de termo;
- Restrição do crescimento intrauterino com alterações dos fluxos;
- Patologia médica ou obstétrica grave que põe em risco a saúde materna ou fetal, ex: Diabetes gestacional ou Pré-Eclâmpsia.



Estas técnicas devem ser antecedidas de obtenção e registo do **consentimento informado** da grávida.

Contraindicações

- Antecedente de duas ou mais cesarianas anteriores;
- Antecedente de cesariana anterior com incisão não longitudinal;
- Antecedente de cirurgia uterina prévia envolvendo o miométrio;
- Todas as situações que contraindicam o parto vaginal.

Indução de Trabalho de Parto

DGS - Norma 002/2015

Método de Indução de TP Mecânico:

Sonda Foley

Consiste na introdução de uma algalia pelo colo do útero insuflando o balão. Pode ser utilizado para a maturação cervical e/ou indução do TP, promovendo a libertação de prostaglandinas.

pode ainda ser realizado...

Descolamento de Membranas ou Stripping



Amniotomia

Método de Indução de TP Farmacológico

Misoprostol → em comprimido jugal, oral ou intravaginal.

Dinoprostona → em dispositivo vaginal de libertação lenta, em gel intravaginal ou em comprimidos intravaginais.

Oxitocina Sintética → em perfusão endovenosa.

Gestão da Dor

1 Métodos não Farmacológicos

2 Métodos Farmacológicos

- Analgesia Sistémica
- Analgesia Epidural
- Oxido Nitroso



Hidroterapia

"A Água não dá apenas Vida, ela embala e protege, sendo o primeiro lar de todos os Seres Humanos"

O LA (composto por 98% de água), tem diversas funções como: proteção de traumatismos fetais; manutenção da temperatura; permite os movimentos fetais, entre outros⁹.

Assim como o LA envolve e protege o feto a água oferece à parturiente um ambiente acolhedor, de conforto e segurança

O que é a Hidroterapia?

É uma **estratégia não farmacológica**, que utiliza a água morna, aplicada através de imersão em banheiras ou localizada em duchas, sendo particularmente eficaz ao atuar no mecanismo de controlo da dor conhecido como **gate control** (aplicação de um estímulo, na zona onde se sente dor diminui a transmissão de estímulos dolorosos ao sistema nervoso central).

Como utiliza-la de forma segura e eficaz no hospital?

A temperatura da água não pode ultrapassar os 38 °C

Tempo ideal de permanência na água = 1h30, com intervalos de 30 minutos

A posição deve ser ajustada às suas preferências

É uma técnica que pode ser usada quer a parturiente tenha a bolsa amniótica rota ou não¹.

Benefícios^{10,9}:

- Relaxa os músculos, de forma a estimular a libertação de ocitocina e endorfinas.
- Reduz os níveis de catecolaminas, responsáveis por aumentar a ansiedade e dificultar a evolução natural do TP.
- Melhora a circulação sanguínea e reduz a pressão arterial.
- Garante a liberdade de movimento.
- Diminui a pressão sobre a veia cava inferior, devido à posição vertical.
- Pode ser dirigida para áreas específicas.
- Promove a participação ativa do parceiro/a, fortalecendo a conexão do casal e promovendo um ambiente de apoio.

Contraindicações Médicas⁹:

- Doenças cardíacas e/ou pulmonares;
- Eclâmpsia;
- Sangramento vaginal persistente;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Ameaça de parto pré-termo, uma vez que, a hidroterapia apenas é recomendada a parturientes, cuja gestação seja igual ou superior a 37 semanas;
- Alterações na frequência cardíaca fetal;
- Presença de líquido amniótico meconial espesso, ou outra suspeita de mau-estar materno-fetal;
- Diabetes mal controlada;
- Epilepsia;
- Função tiroideia alterada;
- Anemia, hemoglobina inferior a 10 mg/l;
- Infeções respiratórias;
- Infeção urinária ou vaginal;
- Infeções ativas;
- Doenças de pele ou feridas abertas;
- Pirexia;
- Incontinência urinária significativa;
- Obesidade mórbida (IMC acima de 40);

Limitações⁹:

- A monitorização fetal;
- Limitações estruturais;
- Preferências individuais, considerando que nem todas as mulheres se sentem à vontade para utilizar a hidroterapia, seja por razões pessoais, culturais ou pela presença de condições como a hidrofobia, caracterizada pelo medo intenso de água;

Métodos não Farmacológicos

Cromoterapia



Musicoterapia



Acupressão



Aromaterapia



Massagens



Meditação/Yoga



Métodos não Farmacológicos

Roboto



TENS - neuroestimulação elétrica transcutânea



Técnicas de Respiração

Nas contrações durante o trabalho de parto inspirar como se cheira a flor e expirar soprando a vela!



Liberdade de Movimentos



Reiki



70-80 Hz
Frequência de estímulo

50-60 Hz
Frequência de estímulo

10-20 Hz
Frequência de estímulo

1-5 Hz
Frequência de estímulo

0,1-1 Hz
Frequência de estímulo

0,01-0,1 Hz
Frequência de estímulo

0,001-0,01 Hz
Frequência de estímulo

0,0001-0,001 Hz
Frequência de estímulo

0,00001-0,0001 Hz
Frequência de estímulo

0,000001-0,00001 Hz
Frequência de estímulo

0,0000001-0,000001 Hz
Frequência de estímulo

0,00000001-0,0000001 Hz
Frequência de estímulo

0,000000001-0,00000001 Hz
Frequência de estímulo

0,0000000001-0,000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,00000000001-0,0000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,000000000001-0,00000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,0000000000001-0,000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,00000000000001-0,0000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,000000000000001-0,00000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,0000000000000001-0,000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,00000000000000001-0,0000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,000000000000000001-0,00000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,0000000000000000001-0,000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,00000000000000000001-0,0000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,000000000000000000001-0,00000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,0000000000000000000001-0,000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,00000000000000000000001-0,0000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,000000000000000000000001-0,00000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,0000000000000000000000001-0,000000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,00000000000000000000000001-0,0000000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,000000000000000000000000001-0,00000000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,0000000000000000000000000001-0,000000000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,00000000000000000000000000001-0,0000000000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,000000000000000000000000000001-0,00000000000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,0000000000000000000000000000001-0,000000000000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,00000000000000000000000000000001-0,0000000000000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,000000000000000000000000000000001-0,00000000000000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,0000000000000000000000000000000001-0,000000000000000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,00000000000000000000000000000000001-0,0000000000000000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,000000000000000000000000000000000001-0,00000000000000000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,0000000000000000000000000000000000001-0,000000000000000000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,00000000000000000000000000000000000001-0,0000000000000000000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,000000000000000000000000000000000000001-0,00000000000000000000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,0000000000000000000000000000000000000001-0,000000000000000000000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,001-0,0000000000000000000000000000000000000001 Hz
Frequência de estímulo

0,0001-0,001 Hz
Frequência de estímulo

0,001-0,0001 Hz
Frequência de estímulo

0,0001-0,001 Hz
Frequência de estímulo

0,001-0,0001 Hz
Frequência de estímulo

0,0001-0,001 Hz
Frequência de estímulo

0,001-0,0001 Hz
Frequência de estímulo

0,0001-0,001 Hz
Frequência de estímulo

0,001-0,0001 Hz
Frequência de estímulo

0,0001-0,001 Hz
Frequência de estímulo

0,001-0,0001 Hz
Frequência de estímulo

0,0001-0,001 Hz
Frequência de estímulo

0,001-0,0001 Hz
Frequência de estímulo

0,0001-0,001 Hz
Frequência de estímulo

0,001-0,0001 Hz
Frequência de estímulo

0,0001-0,001 Hz
Frequência de estímulo

0,001-0,0001 Hz
Frequência de estímulo

0,0001-0,001 Hz
Frequência de estímulo

0,001-0,0001 Hz
Frequência de estímulo

0,0001-0,001 Hz
Frequência de estímulo

0,001-0,0001 Hz
Frequência de estímulo

0,0001-0,001 Hz
Frequência de estímulo

0,001-0,0001 Hz
Frequência de estímulo

0,0001-0,001 Hz
Frequência de estímulo

0,001-0,0001 Hz
Frequência de estímulo

0,0001-0,001 Hz
Frequência de estímulo

0,001-0,0001 Hz
Frequência de estímulo

Métodos Farmacológicos ¹³

Analgesia Epidural, Sequencial ou Raquianalgésia



São diferentes técnicas de bloqueio do neuroeixo que diminuem a percepção da dor, realizadas pelo anestesiológista.

Como se realiza a técnica?

- Colocação soro EV (risco de hipotensão);
- Posição (queixo junto ao peito, deitadas ou sentadas);
- Importante não se mover durante a técnica!
- Inicialmente sentem a picada da anestesia da pele seguida da pressão da colocação do catéter epidural;
- Fixação do cateter com adesivo;
- Avaliação da tensão arterial.



Vantagens **VS** Desvantagens

Analgesia Sistêmica ¹³

Consiste na colocação de medicação analgésica endovenosa, como por exemplo: paracetamol ou metamilol de magnésio.



Óxido Nitroso ^{15,16}

Também conhecido como "gás do riso". Pode inalar através de uma máscara com válvula de pressão negativa, ativada pela sua inspiração. Este gás proporciona alívio imediato da dor, sendo sentido em menos de um minuto e alcançando eficácia máxima em 2 a 3 minutos, que desaparece em cerca de cinco minutos.



A Importância da Dor Durante o TP ¹⁴

A dor no sentido literal da palavra significa um estímulo nocivo físico ou emocional. No entanto, na área da obstetria a dor deve ser encarada de forma positiva, uma vez que dela normalmente advém a progressão do TP.

A Circular Normativa Nº 9 de 2003 (DGS), reconheceu a dor como o quinto sinal vital, destacando a sua importância na avaliação e gestão integral dos cuidados de saúde.

Diferentes modos de lidar com a dor

Medo, ansiedade e stress

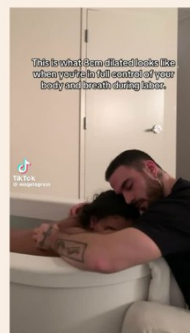
Positiva e controlada

Importância de uma abordagem personalizada por parte do EESMO responsável e restante equipa multidisciplinar no cuidado individualizado de cada parturiente

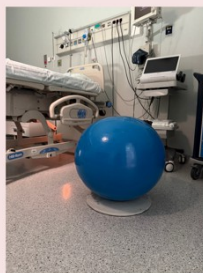
Gestão do ambiente e privacidade, Liberdade de movimentos, Presença do parceiro/a.



Gestão da dor



Gestão do Ambiente



Humanização dos Cuidados

Individualização e continuidade dos cuidados

Respeitar o consentimento livre, informado e esclarecido

Preparação / Capacitação

Suporte contínuo a parturiente e acompanhante

Promover contacto pele-a-pele, vinculação e amamentação

Evitar procedimentos de rotina quando desnecessários

Respeitar o ritmo do trabalho de parto

Respeitar a autonomia e livre decisão da Mulher



Referências Bibliográficas



Apêndice H – Plano de Sessão “Benefícios da Hidroterapia no Trabalho de Parto”

Plano da Sessão	
Local: UCC Oriente	Data: 24 de Março de 2025 Hora: 09h
Formadores: Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Sophia Dias Afecto, nº 9260	
Tema da Sessão: Benefícios da Hidroterapia durante o Trabalho de Parto Título: Benefícios da Hidroterapia durante o Trabalho de Parto: Trabalho de Parto II.	
População alvo: Grávidas com gestação igual ou superior a 28 semanas e respetiva pessoa significativa.	
Pré-requisitos dos formandos: Grávidas com gestação igual ou superior a 28 semanas e respetiva pessoa significativa que estejam inscritas no Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade da UCC Oriente.	
Objetivo Geral: Desenvolver uma sessão do Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade para grávidas com gestação igual ou superior a 28 semanas e respetiva pessoa significativa, que vise capacitá-los sobre os benefícios da hidroterapia na gestão da dor durante o trabalho de parto.	
Objetivo Específicos: - Descrever os quatro estadios de trabalho de parto; - Promover o conhecimento sobre os procedimentos/técnicas realizadas no meio hospitalar; - Definir o conceito de Hidroterapia; - Informar sobre os benefícios fisiológicos e emocionais da hidroterapia no alívio da dor e promoção do conforto materno durante o trabalho de parto; - Identificar as contraindicações médicas e limitações para a utilização da hidroterapia durante o trabalho de parto; - Sensibilizar as grávidas para a importância da liberdade de movimentos, destacando a hidroterapia como promotor dessa prática; - Educar as grávidas sobre a importância da dor durante o trabalho de parto; - Esclarecer dúvidas e promover a partilha de expectativas e experiências passadas entre as grávidas;	
Duração da Sessão: 2 horas e 30 minutos + 30 minutos de perguntas	
Conteúdos: - Os quatro estadios do trabalho de parto; - Diferentes tipos de parto; - Indicações para cesariana eletiva, urgente ou emergente; - Indução de trabalho de parto; - Gestão da dor durante o trabalho de parto com métodos não farmacológicos; - Como utilizar, os benefícios e as contraindicações da hidroterapia durante o trabalho de parto; - Gestão da dor durante o trabalho de parto com métodos farmacológicos; - Importância da dor durante o trabalho de parto; - Parto orgásmico;	
Recurso: Apresentação com recurso a suporte digital (slides - canva). QRCode (avaliação da sessão).	

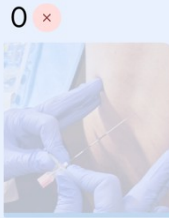
Apêndice I - Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde “Benefícios da Hidroterapia no Trabalho de Parto”

Qual destes é um método não farmacológico?

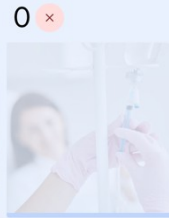
8 ✓



Hidroterapia



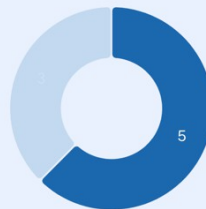
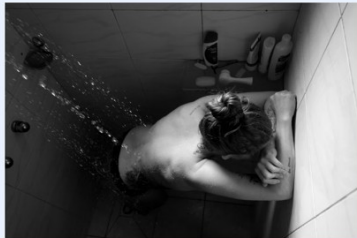
Analgesia Epidural



Paracetamol

Questão 1

Existem contraindicações médicas para a utilização da Hidroterapia?



5 Sim ✓
3 Não ✗

Questão 2

O que a Hidroterapia promove?



6 A liberdade de movimentos ✓
0 A contração muscular ✗
2 A circulação sanguínea ✗

Questão 3

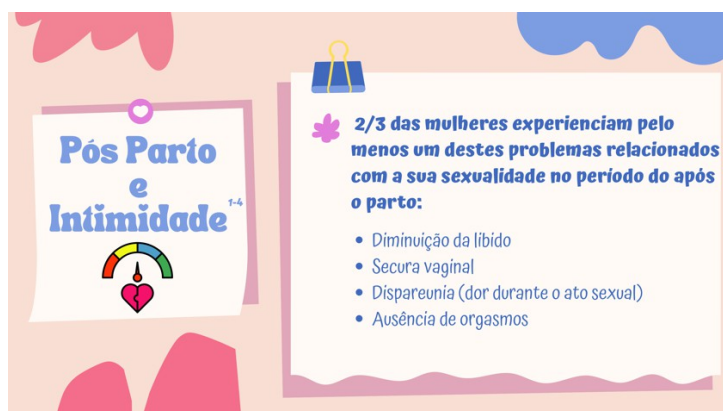
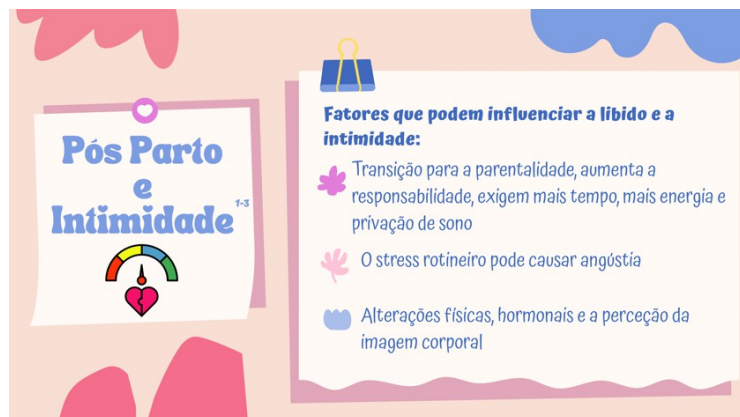
Esta avaliação de sessão foi composta por três questões de escolha múltipla, sendo aplicada a 8 grávidas que frequentavam o programa de preparação para o parto e parentalidade.

A análise dos dados obtidos evidencia um nível globalmente satisfatório de conhecimento das grávidas relativamente à hidroterapia enquanto ENF. Na **Questão 1** verificou-se que a totalidade das participantes identificou corretamente a hidroterapia como ENF, em contraste com a analgesia epidural e o paracetamol.

Na **Questão 2**, que diz respeito à existência de contraindicações médicas, 5 grávidas reconheceram corretamente a sua presença, enquanto 3 indicaram não existirem, revelando alguma limitação ao nível do conhecimento sobre as condições associadas à sua utilização. Por fim, na **Questão 3**, 6 participantes associaram corretamente a hidroterapia à promoção da liberdade de movimentos, enquanto nenhuma identificou a contração muscular como benefício, e apenas 2 referiram a melhoria da circulação sanguínea. Estes resultados sugerem que, embora exista um conhecimento geral adequado sobre o conceito e algumas vantagens da hidroterapia, persistem lacunas na compreensão dos seus efeitos e enquadramento durante o TP.

Em suma, estes dados revelam a importância da intervenção do EEESMO na educação para a saúde, promovendo a clarificação de conceitos e o aprofundamento do conhecimento das grávidas, de forma a favorecer decisões informadas e uma participação mais ativa no processo de parto.

Apêndice J – Sessão de Educação para a Saúde “Sexualidade e Afetos no Pós-Parto”



Alterações Físicas³

- Alterações abdominais**
 - Estrias
 - Diástase abdominal
 - Mais flacidez
- Alterações nas mamas**
 - Mamilos maiores e mais escuros
 - Aumento do tamanho



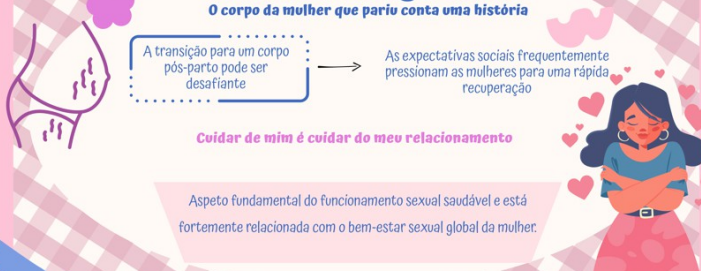
Autoimagem^{1,2}

O corpo da mulher que pariu conta uma história

A transição para um corpo pós-parto pode ser desafiante → As expectativas sociais frequentemente pressionam as mulheres para uma rápida recuperação

Cuidar de mim é cuidar do meu relacionamento

Aspeto fundamental do funcionamento sexual saudável e está fortemente relacionada com o bem-estar sexual global da mulher.



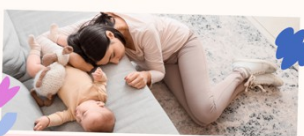
Sugestão

Carregue o seu bebé consigo

Bebés carregados são bebés mais tranquilos

Todos os dias tente arranjar-se e sair de casa, não se limite às tarefas domésticas e ao ato de cuidar do seu filho.

Antes de ser mãe sou mulher

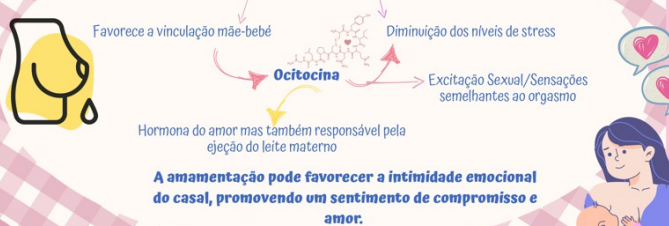
Amamentação e Sexualidade^{2,5}

Amamentação é mais do que nutrir o bebé

Favorece a vinculação mãe-bebé → **Ocitocina** → Diminuição dos níveis de stress → Excitação Sexual/Sensações semelhantes ao orgasmo

Hormona do amor mas também responsável pela ejeção do leite materno

A amamentação pode favorecer a intimidade emocional do casal, promovendo um sentimento de compromisso e amor.



Amamentação e Sexualidade^{2,5}

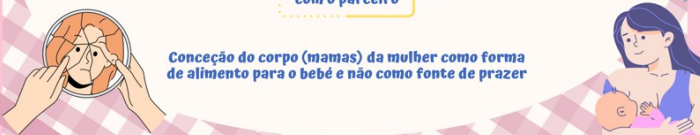
Amamentação é mais do que nutrir o bebé

Prolatina → Diminui o desejo sexual

Sensibilidade Mamilar → Pode afetar a experiência sexual

Comunicar com o parceiro

Conceção do corpo (mamas) da mulher como forma de alimento para o bebé e não como fonte de prazer



Intimidade Emocional¹

Intimidade Emocional → Satisfação Sexual

Criando um ciclo positivo de conexão física e emocional.

O desejo sexual torna-se uma resposta a esta intimidade emocional desenvolvida pelo casal, através da comunicação ativa e partilha de responsabilidades.



Comunicação²

- Expressar os desejos
- Expressar as expectativas
- Expressar as preocupações

O **diálogo** é uma ferramenta que ajuda na resolução dos desafios no pós-parto, nomeadamente na atividade sexual

Ter um **diálogo aberto** sobre as mudanças físicas e emocionais experienciadas no pós-parto, incentiva à empatia e compreensão entre o casal



Intimidade Física no Casal

Estratégias

- Massagem
- Jantares → em casa ou fora
- Banho em casal
- Pornografia
- Masturbação juntos ou individual
- Sexo oral
- Utilização de brinquedos sexuais (vibradores)
- (Coito)



Relação Sexual no pós parto

Quando retomar a atividade sexual, com penetração?

- ☐ 6 semanas após o parto
- ☐ Após a consulta de revisão do após o parto
- ☒ Quando eu me sentir confortável

Sugestão

- Explore primeiro o seu corpo
- Use um lubrificante



Exercício Físico no Pós Parto

- O fortalecimento dos músculos do pavimento pélvico e core abdominal, podem impactar de forma positiva a saúde sexual no pós parto
- Mulheres com músculos do pavimento pélvico fortalecidos apresentam uma melhor função sexual (desejo sexual, orgasmo).

Exemplo exercícios de Kegel



Como cuidar desta planta?

- ✿ **Regar** → Diga o quanto gosta do seu companheiro/a
- ✿ **Tirar as folhas secas** → Comunicar
- ✿ **Meter ao sol** → Momento de intimidade
- ✿ **Meter adubo** → Vibrador ou uma experiência nova



Reflexão Final

As mudanças hormonais, físicas e relacionais são características do período do pós parto.

O caminho para reencontrar a intimidade sexual exige disponibilidade, investimento de ambas as partes



Referências Bibliográficas

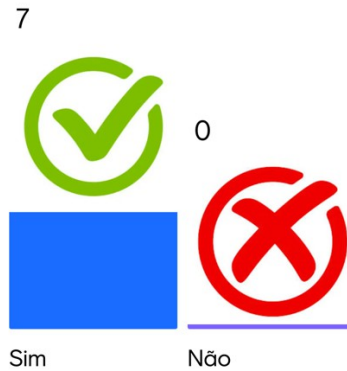


Apêndice K – Plano de Sessão “Sexualidade e Afetos no Pós-Parto”

Plano da Sessão	
Local: UCC Oriente - Online	Data: 26 de março de 2025 Hora: 14h
Formadores: Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Carolina Viana e Sophia Afecto	
Tema da Sessão: Sexualidade no Pós-Parto Título: Sexualidade e Afetos no Pós-Parto	
População alvo: Puérperas	
Pré-requisitos dos formandos: Utentes (puérperas) inscritos no Programa de Recuperação Pós-Parto da UCC Oriente.	
Objetivo Geral: Sensibilizar as puérperas sobre a vivência da sexualidade e afetos no pós-parto.	
Objetivos Específicos: Que no final da sessão os formandos consigam: - Identificar pelo menos uma alteração física/hormonal comum no pós-parto. - Reconhecer quando iniciar a atividade sexual penetrativa no período do pós-parto.	
Duração da Sessão: 40 minutos expositivos + 15 minutos de partilha de experiências	
Conteúdos: - Transição para a parentalidade e impacto na sexualidade - Alterações físicas e hormonais no pós-parto - Amamentação e Sexualidade - Intimidade Emocional - Estratégias promotoras da intimidade física no casal	
Recurso: Apresentação com recurso a suporte digital (slides). Questionário online (Mentimeter)	
Avaliação da Sessão: Questionário online	

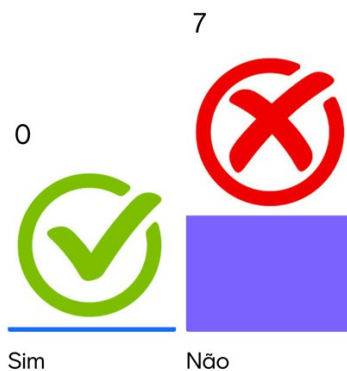
Apêndice L – Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde “Sexualidade e Afetos no Pós-Parto”

A secura vaginal é uma alteração comum no pós parto?



Questão 1

Existe um timing correto para reiniciar atividade sexual penetrativa no pós parto?



Questão 2

Esta avaliação de sessão foi composta por duas questões de escolha múltipla, sendo aplicada a 7 puérperas que frequentam o programa de preparação para o parto e parentalidade.

A análise dos dados demonstra que as participantes apresentam um nível adequado de conhecimento relativamente à sexualidade no pós-parto, ainda que esta se mantenha como uma temática sensível e frequentemente associada a algum constrangimento. Na **Questão 1**, verificou-se que a totalidade das participantes reconheceu corretamente a secura vaginal como uma alteração frequente no período pós-parto, não se registando respostas incorretas. Relativamente à **Questão 2**, também todas as participantes identificaram corretamente que não existe um momento universalmente definido para a retoma da atividade sexual penetrativa, evidenciando a compreensão da variabilidade individual associada a este processo.

Estes dados sugerem que, apesar de existir informação adequada sobre alguns aspetos da sexualidade no pós-parto, a temática continua a ser pouco abordada de forma explícita nos contextos de cuidados. Neste sentido, evidencia-se o papel do EEESMO na promoção de uma abordagem aberta e informada, facilitando o esclarecimento de dúvidas e contribuindo para uma vivência mais consciente e positiva desta dimensão no período pós-parto.

Apêndice M - Roteiro para as Grávidas em Contexto de Indução ou Fase Latente do Trabalho de Parto

Internamento de Grávidas



- “Costuma utilizar água morna (banho ou duche) para relaxar em casa? Como se sente?”
- “Neste momento, o que considera que poderia ajudar a sentir-se mais confortável aqui no internamento?”
- “Já ouviu falar dos benefícios do uso de água morna para aliviar os desconfortos? Que opinião tem sobre isso?”
- “Se tivesse acesso a um espaço com duche ou banheira para relaxar, consideraria utilizar? “
- “Alguma vez pensou em utilizar duchas ou banheira como forma de relaxar ou aliviar o desconforto durante a gravidez?”
- “Gostaria de utilizar a hidroterapia, através de duche ou banho, para promover o seu conforto e aliviar a dor durante o internamento ou trabalho de parto?”

Apêndice N - Roteiro para Análise dos Ganhos em Saúde, durante a Indução ou Fase Latente do Trabalho de Parto

- “Sentiu alívio da dor ou relaxamento após utilizar a hidroterapia?”
- “A hidroterapia ajudou a diminuir o seu stress ou ansiedade?”
- “Considera que a hidroterapia melhorou o seu bem-estar durante o internamento?”

Apêndice O - Roteiro para as Puérperas durante o Internamento no Pós-Parto

Internamento de Puérperas



- "Costuma utilizar água morna (banho ou duche) para relaxar em casa? Como se sente?"
- "Neste momento, o que considera que poderia ajudar a sentir-se mais confortável aqui no internamento?"
- "Já ouviu falar dos benefícios do uso de água morna para aliviar os desconfortos? Que opinião tem sobre isso?"
- "Gostaria de realizar o primeiro banho após o parto com apoio da equipa, de forma tranquila e segura?"
- "Acha importante ter um momento de relaxamento e bem-estar através do banho pós-parto?"
- "Já lhe explicaram que o primeiro banho pode ajudar no seu conforto físico e emocional?"

Apêndice P - Roteiro para Análise dos Ganhos em Saúde, durante o Internamento no Pós-Parto

- "Sentiu-se mais confortável ou relaxada após o primeiro banho pós-parto?"
- "O banho ajudou a aliviar algum desconforto físico ou emocional?"
- "Considera que esta experiência contribuiu para o seu bem-estar e recuperação?"

Apêndice Q – Roteiro Aplicado às Parturientes no Bloco de Partos

Guia para notas de campo - A Percepção da Utilização da Hidroterapia como Estratégia de Conforto

Destinatárias: Grávidas em trabalho de parto e puérperas

Objetivo:

Avaliar a percepção da mulher relativamente à utilização da hidroterapia (duche ou imersão) como estratégia não farmacológica de promoção do conforto.

1. Utilizou a água (duche ou imersão) durante o trabalho de parto?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, em que fase? _____

2. De que forma a utilização da água influenciou o seu conforto e bem-estar?
(Pode assinalar mais do que uma opção)

☐ Alívio da dor

☐ Relaxamento

☐ Diminuição da ansiedade

☐ Sensação de segurança

☐ Maior conforto físico

☐ Outro: _____

3. Como classifica a sua experiência com a utilização da água durante o trabalho de parto?

☐ Muito positiva

☐ Positiva

☐ Neutra

☐ Negativa

Se desejar, explique brevemente:

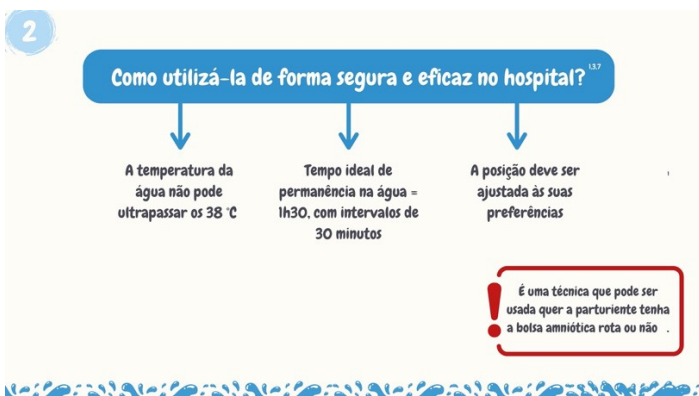
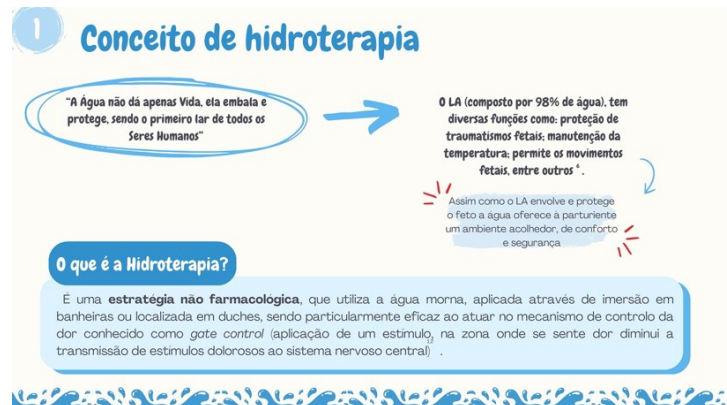
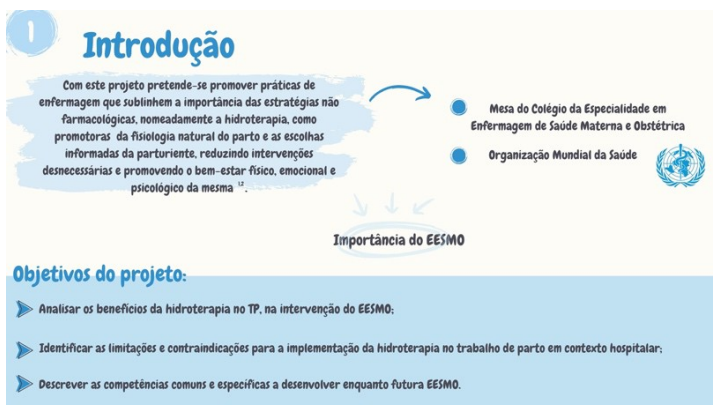
4. Voltaria a utilizar a água numa futura experiência de parto ou recomendaria a outras mulheres?

☐ Sim ☐ Não

Porquê?

Observações adicionais (opcional):

Apêndice R – Sessão de Sensibilização à Equipa de Enfermagem: “Benefícios da Hidroterapia no Trabalho de Parto: A Intervenção do EEESMO”



4 A Importância da Dor Durante o TP



A dor no sentido literal da palavra significa um estímulo nocivo físico ou emocional. No entanto, na área da obstetria a dor deve ser encarada de forma positiva, uma vez que dela normalmente advém a progressão do TP.¹²³

A Circular Normativa Nº 9 de 2003 (DGS), reconheceu a dor como o quinto sinal vital, destacando a sua importância na avaliação e gestão integral dos cuidados de saúde.¹²⁴

Diferentes modos de lidar com a dor¹²⁵

Medo, ansiedade e stress¹²⁶ ≠ Positiva e controlada¹²⁷

Importância de uma abordagem personalizada por parte do EESMO responsável e restante equipa multidisciplinar no cuidado individualizado de cada parturiente¹²⁸

**Gestão do ambiente e privacidade;
Liberdade de movimentos;
Presença do parceiro/a¹²⁹.**

Gestão da dor



O duche para aliviar a dor!¹³⁰



5 Contraindicações Médicas¹³¹:

- Doenças cardíacas e/ou pulmonares;
- Eclâmpsia;
- Sangramento vaginal persistente;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Ameaça de parto pré-termo, uma vez que, a hidroterapia apenas é recomendada a parturientes, cuja gestação seja igual ou superior a 37 semanas;
- Alterações na frequência cardíaca fetal;
- Presença de líquido amniótico meconial espesso, ou outra suspeita de mau-estar materno-fetal;
- Diabetes mal controlada;
- Epilepsia;
- Função tiroideia alterada;
- Anemia, hemoglobina inferior a 10 mg/l;
- Infecções respiratórias;
- Infecção urinária ou vaginal;
- Infecções ativas;
- Doenças de pele ou feridas abertas;
- Pirexia;
- Incontinência urinária significativa;
- Obesidade mórbida (IMC acima de 40);

Limitações¹³²:

- A monitorização fetal;
- Limitações estruturais;
- Preferências individuais.

6 Papel do EESMO

Avalia a predisposição da parturiente e elegibilidade

Avalia o bem-estar materno-fetal

Garante a segurança

Promove a participação ativa do acompanhante

Promove a autonomia

Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

Modelo conceptual que fundamenta práticas de enfermagem centradas na promoção do conforto e do bem-estar individual de cada pessoa¹³³.



Alívio

Tranquilidade

Transcendência

Psicoespiritual

Físico

Ambiental

Social

A hidroterapia é eficaz no **alívio** da dor e no **apoio emocional** durante o TP, proporcionando um **ambiente tranquilo e privado** que **reduz a ansiedade** e promove a escolha de posições confortáveis. Além de **fortalecer os laços emocionais** entre a parturiente e o/a acompanhante, esta prática favorece a libertação de ocitocina, essencial para a progressão natural do parto, promovendo o conforto nas dimensões **física, emocional e sociocultural**. Assim, a hidroterapia transforma o parto numa **experiência positiva, empoderadora e transcendente**.¹³⁴

7 Considerações Finais

Oportunidade para aprofundar o conhecimento sobre os benefícios da hidroterapia durante o trabalho de parto, como estratégia não farmacológica

Amplamente reconhecida pela sua eficácia na promoção do conforto e bem-estar da parturiente

A **hidroterapia** demonstrou ser uma ferramenta essencial na construção de uma **experiência de parto mais positiva e humanizada**, alinhada com as recomendações nacionais e internacionais de boas práticas de enfermagem.

Compromisso do EESMO com a promoção de cuidados que valorizem o bem-estar da parturiente, proporcionando um equilíbrio entre ciência, humanização e autonomia.

Referências Bibliográficas



Apêndice S – Plano de Sessão “Benefícios da Hidroterapia no Trabalho de Parto: A Intervenção do EEESMO”

Plano da Sessão		
Local: de Partos/ SUOG	Bloco	Data: 30 de janeiro de 2026 Hora: 15h
Formador: Estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da ESSCVP de Lisboa: Sophia Afecto		
Tema da Sessão: Benefícios da hidroterapia no trabalho de parto: A intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica Título: Benefícios da hidroterapia no trabalho de parto		
População alvo: EEESMOs e Enfermeiros generalistas.		
Pré-requisitos dos formandos: EEESMOs e Enfermeiros generalistas– Bloco de Partos/ SUOG		
Objetivo Geral: Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre os benefícios da hidroterapia no trabalho de parto		
Objetivos Específicos: Que no final da sessão os formandos consigam: - Aplicar a hidroterapia no trabalho o parto de forma segura; - Identificar pelo menos dois benefícios da hidroterapia no trabalho o parto; - Identificar as contraindicações médicas da hidroterapia no trabalho o parto;		
Duração da Sessão: 30 minutos		
Conteúdos: • Conceito de hidroterapia • Como utilizar a hidroterapia de forma segura • Benefícios da hidroterapia • A importância da dor no trabalho de parto • Contraindicações médicas e limitações da hidroterapia • A função do EEESMO na hidroterapia		
Recurso: Apresentação com recurso a suporte digital (slides).		
Avaliação da Sessão: Questionário online		

Apêndice T – Avaliação da Sessão “Benefícios da Hidroterapia no Trabalho de Parto: A Intervenção do EEESMO”

Avaliação da Sessão - Benefícios da Hidroterapia no Trabalho de Parto: A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

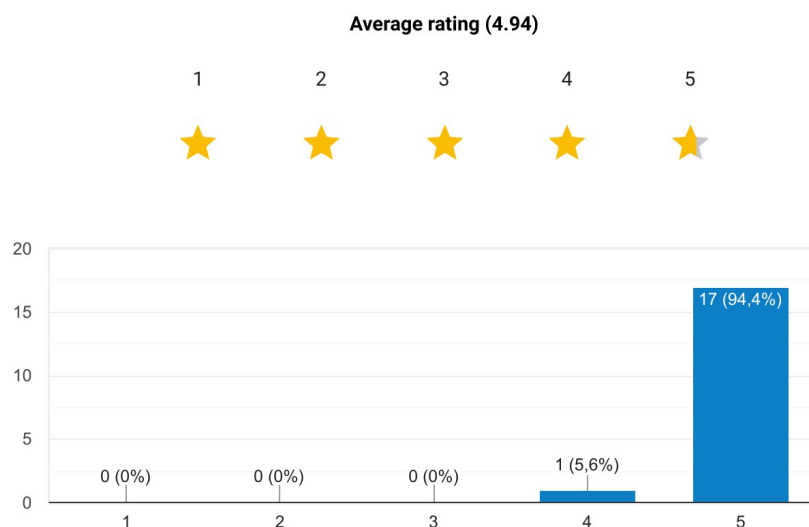
18 respostas

[Publicar estatísticas](#)

Os objetivos da sessão formativa foram claramente apresentados

 Copiar

18 respostas

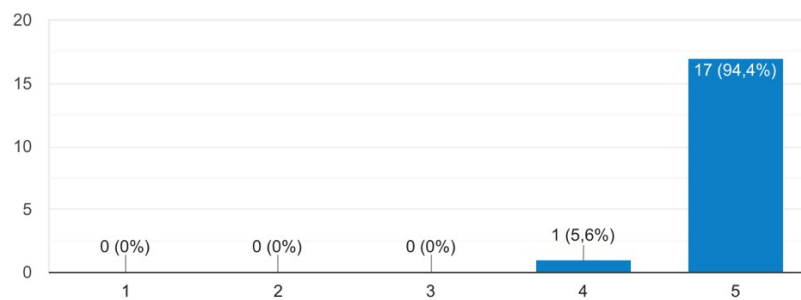


Os conteúdos abordados foram relevantes para a prática

 Copiar

18 respostas

Average rating (4.94)

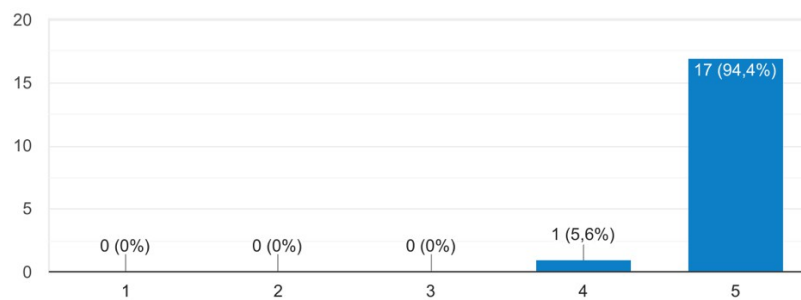


A informação apresentada foi clara e de fácil compreensão

 Copiar

18 respostas

Average rating (4.94)

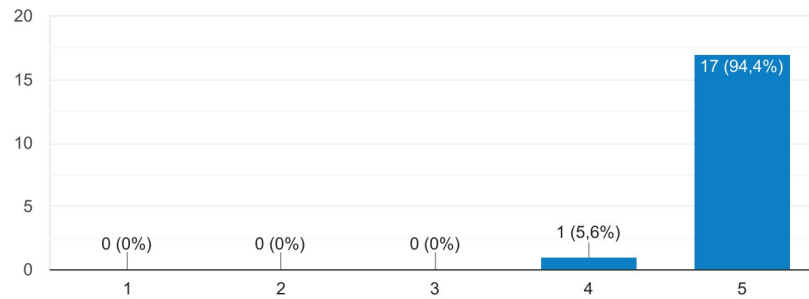
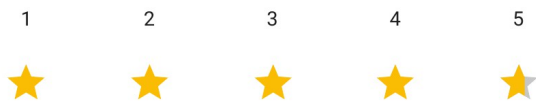


A duração da sessão foi adequada aos conteúdos abordados

 Copiar

18 respostas

Average rating (4.94)

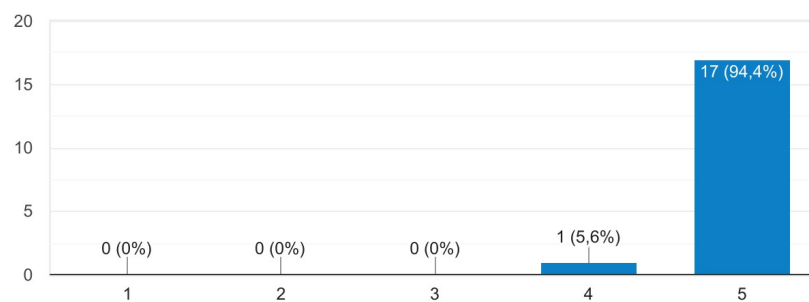


A metodologia utilizada facilitou a aprendizagem

 Copiar

18 respostas

Average rating (4.94)

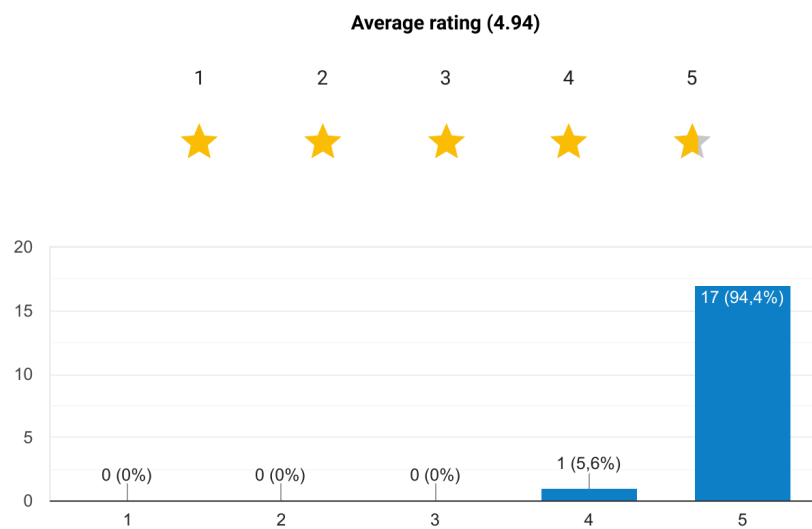


Avaliação das Formadoras

A formadora demonstrou domínio do tema

 Copiar

18 respostas



A formadora comunicou de forma clara e objetiva.

 Copiar

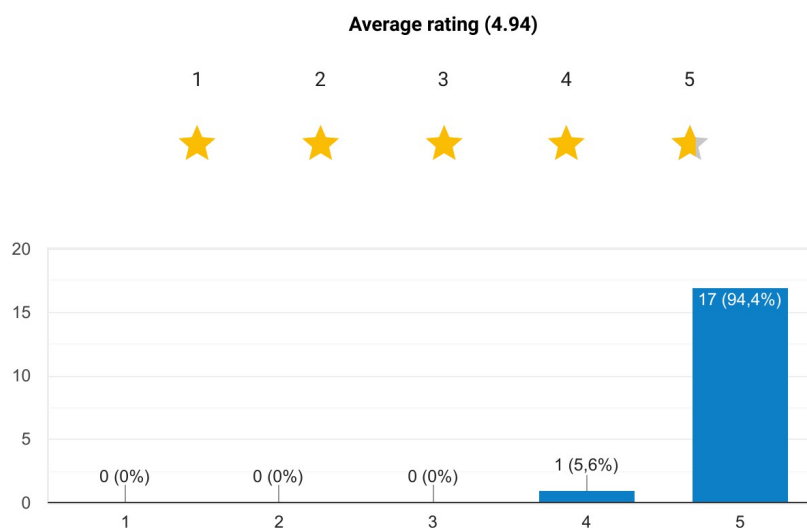
18 respostas



Houve disponibilidade para esclarecer dúvidas e promover a participação.

 Copiar

18 respostas

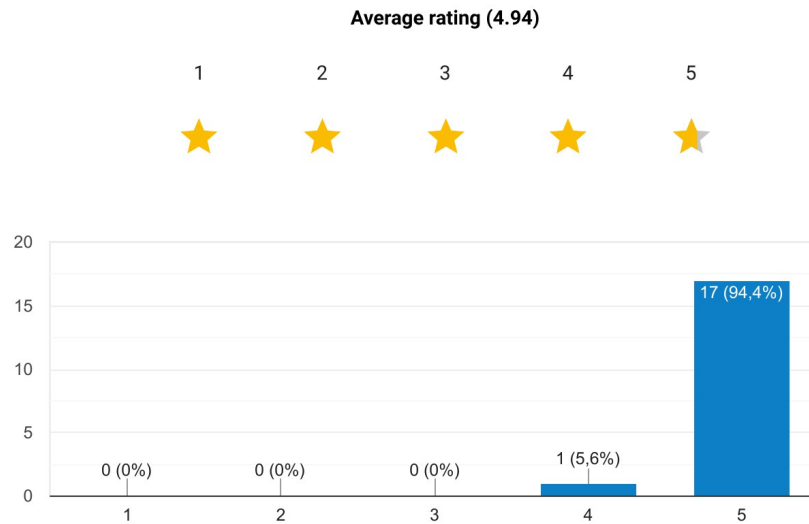


Impacto da Sessão

A sessão contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos na área da hidroterapia como método não farmacológico durante o trabalho de parto.

 Copiar

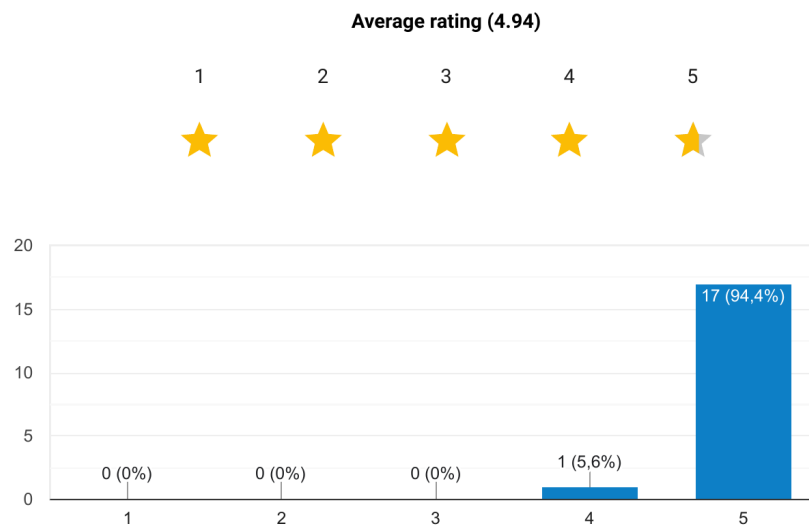
18 respostas



Considero que a hidroterapia pode ser integrada, de forma segura, no trabalho de parto

 Copiar

18 respostas

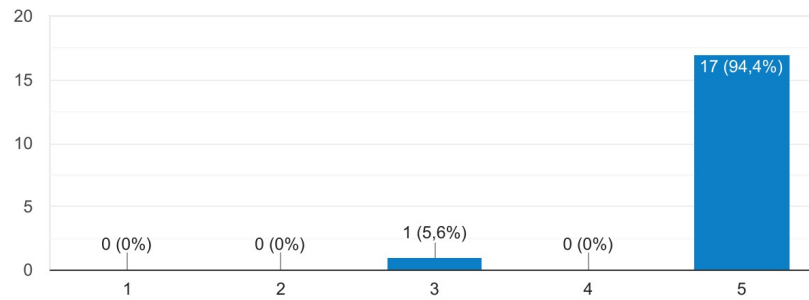
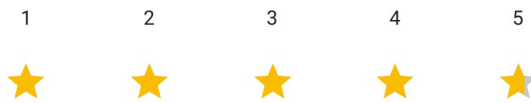


Sinto-me mais confiante para utilizar hidroterapia no meu contexto profissional.

 Copiar

18 respostas

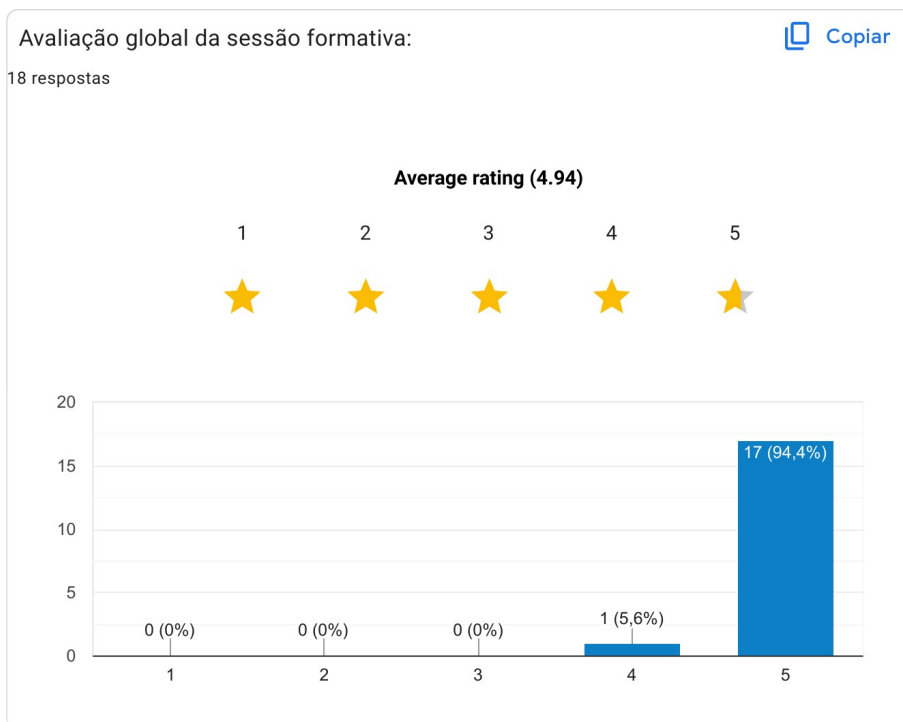
Average rating (4.89)



Sugestões

0 respostas

Ainda não existem respostas a esta pergunta.



Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. - [Contactar proprietário do formulário](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Este formulário parece suspeito? [Relatório](#)

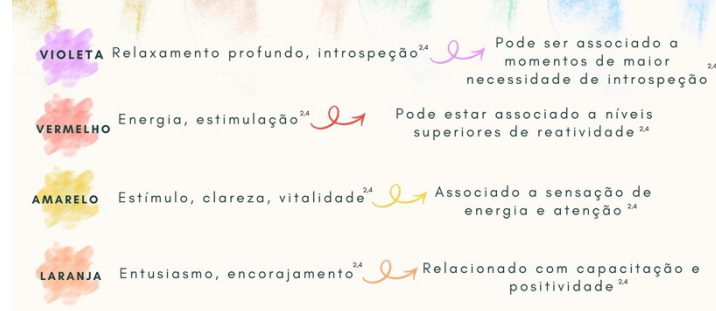
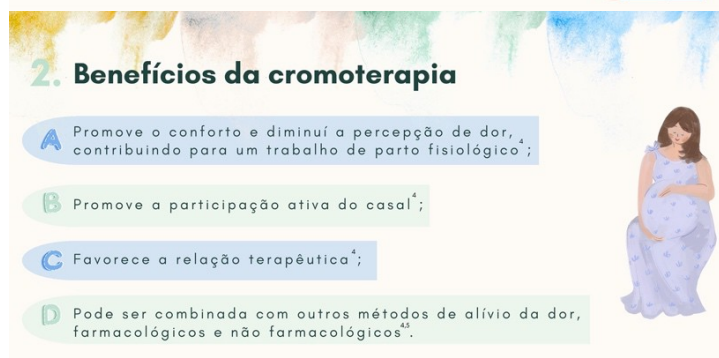
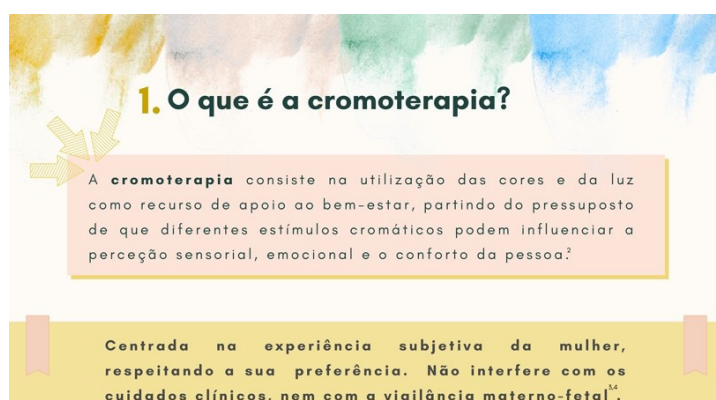
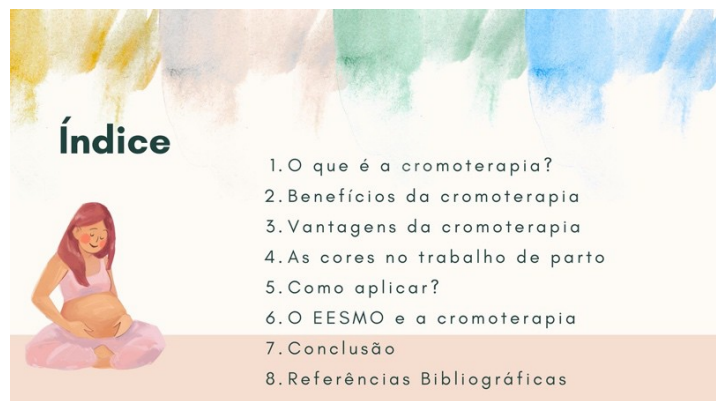
Google Formulários

Esta avaliação de sessão teve a participação de 18 enfermeiros que assistiram à apresentação.

De acordo com os dados apresentados, a sessão formativa obteve uma avaliação global muito positiva, com médias próximas do valor máximo (4,94/5). Em todos os parâmetros, 17 dos 18 participantes (94,4%) atribuíram a classificação máxima (5) e 1 participante (5,6%) atribuiu a classificação 4, não se verificando classificações inferiores.

Os resultados evidenciam um impacto significativo da sessão, nomeadamente ao nível do desenvolvimento de conhecimentos e do aumento da confiança na utilização da hidroterapia, com 94,4% dos participantes a referirem sentir-se mais confiantes para a sua aplicação em contexto clínico.

Apêndice U – Sessão de Sensibilização da Equipa de Enfermagem: “Cromoterapia: A Luz que Cuida”



5. Como aplicar

- 1) Descarrega a aplicação- Philips HUE
- 2) Liga o Bluetooth
- 3) Faz scan do QR code
- 4) Escolhe o número da sala de partos
- 5) Desliga a luz central do quarto
- 6) Escolhe a cor de acordo com a preferência da grávida



6. O EESMO e a Cromoterapia

O EESMO transforma o ambiente em cuidado, promovendo o conforto e autonomia da parturiente durante o trabalho de parto.

Teoria do Conforto
de Kolcaba



Ambiental



Psicoespiritual



Físico



Social

7. Conclusão

Gestão do ambiente

- Espaços mais acolhedores e individualizados.

Estratégia complementar

- Contribui para o conforto ambiental

Conforto e humanização

- Personalização individual da cor e intensidade da luz
- Articulação com outras medidas de alívio da dor

Vantagens

- Estratégia de baixo custo e fácil aplicabilidade.



8. Referências Bibliográficas



Apêndice V – Plano de Sessão “Cromoterapia: A Luz que Cuida”

Plano da Sessão	
Local: H – Bloco de Partos/ SUOG	Data: 23 de janeiro de 2026 Hora: 15h
Formadores: Estudantes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica: Carolina Viana e Sophia Afecto	
Tema da Sessão: Cromoterapia Título: Cromoterapia – Luz que Cuida.	
População alvo: EEESMOS e Enfermeiros Generalistas.	
Pré-requisitos dos formandos: EEESMOS e Enfermeiros Generalistas do Bloco de Partos/ SUOG	
Objetivo Geral: Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre os benefícios da cromoterapia durante trabalho de parto	
Objetivos Específicos: Que no final da sessão os formandos consigam: - Identificar dois benefícios da cromoterapia durante o trabalho o parto; - Identificar uma vantagem da cromoterapia; - Aplicar a cromoterapia através dos dispositivos disponíveis na unidade;	
Duração da Sessão: 30 minutos	
Conteúdos: • Conceito de cromoterapia • Benefícios da cromoterapia • Vantagens da cromoterapia • As cores no trabalho de parto • Como aplicar a cromoterapia com os dispositivos da <i>Philips Hue</i> • A função do EEESMO na cromoterapia	
Recurso: Apresentação com recurso a suporte digital (slides+ cartaz informativo). Dispositivos de cromoterapia.	
Avaliação da Sessão: Questionário online	

Apêndice X – Avaliação da Sessão “Cromoterapia: A Luz que Cuida”



Os conteúdos abordados foram relevantes para a prática

 Copiar

23 respostas



A informação apresentada foi clara e de fácil compreensão

 Copiar

23 respostas

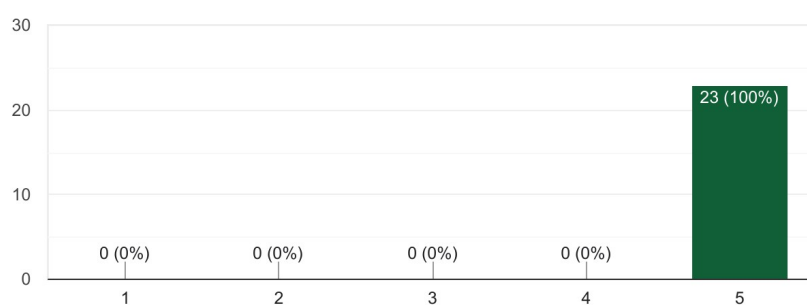


A duração da sessão foi adequada aos conteúdos abordados

 Copiar

23 respostas

Average rating (5.00)

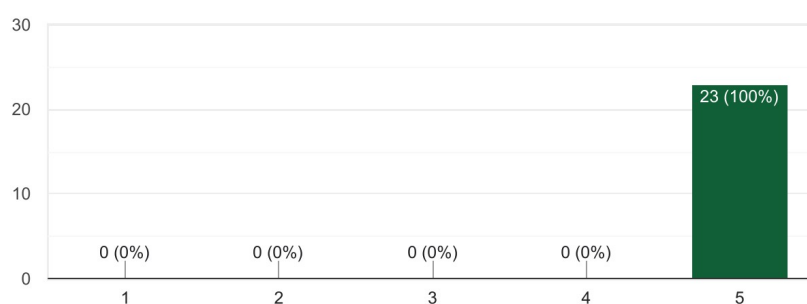


A metodologia utilizada facilitou a aprendizagem

 Copiar

23 respostas

Average rating (5.00)



Avaliação das Formadoras

As formadoras demonstram domínio do tema

 Copiar

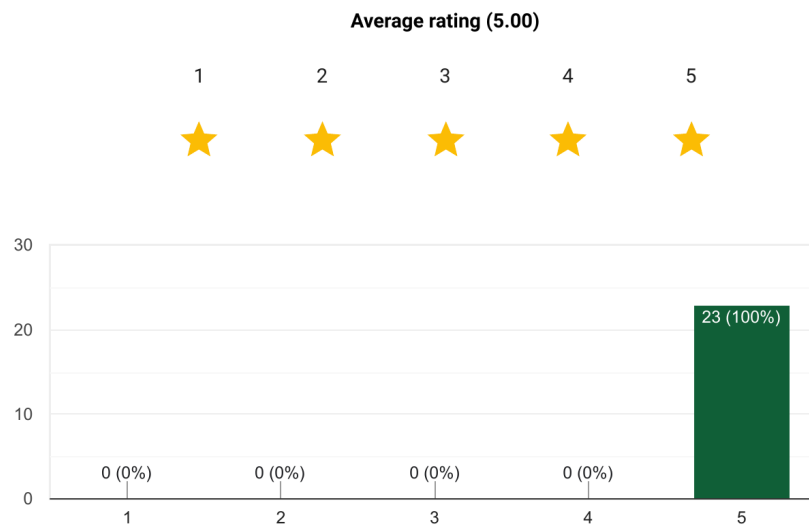
23 respostas



As formadoras comunicaram de forma clara e objetiva.

 Copiar

23 respostas



Houve disponibilidade para esclarecer dúvidas e promover a participação.

 Copiar

23 respostas



Impacto da Sessão

A sessão contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos na área da cromoterapia.

[Copiar](#)

23 respostas



Considero que a cromoterapia pode ser integrada, de forma segura, no trabalho de parto

[Copiar](#)

23 respostas



Sinto-me mais confiante para utilizar princípios básicos da cromoterapia no meu contexto profissional.

 Copiar

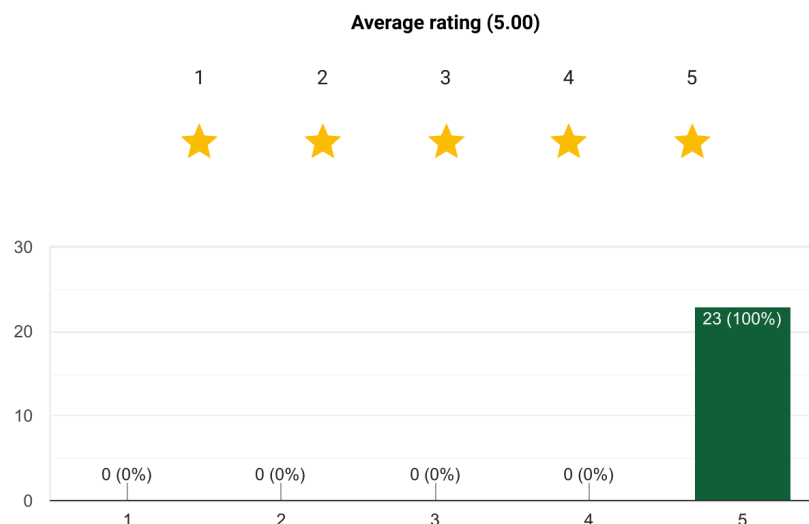
23 respostas



Avaliação global da sessão formativa:

 Copiar

23 respostas



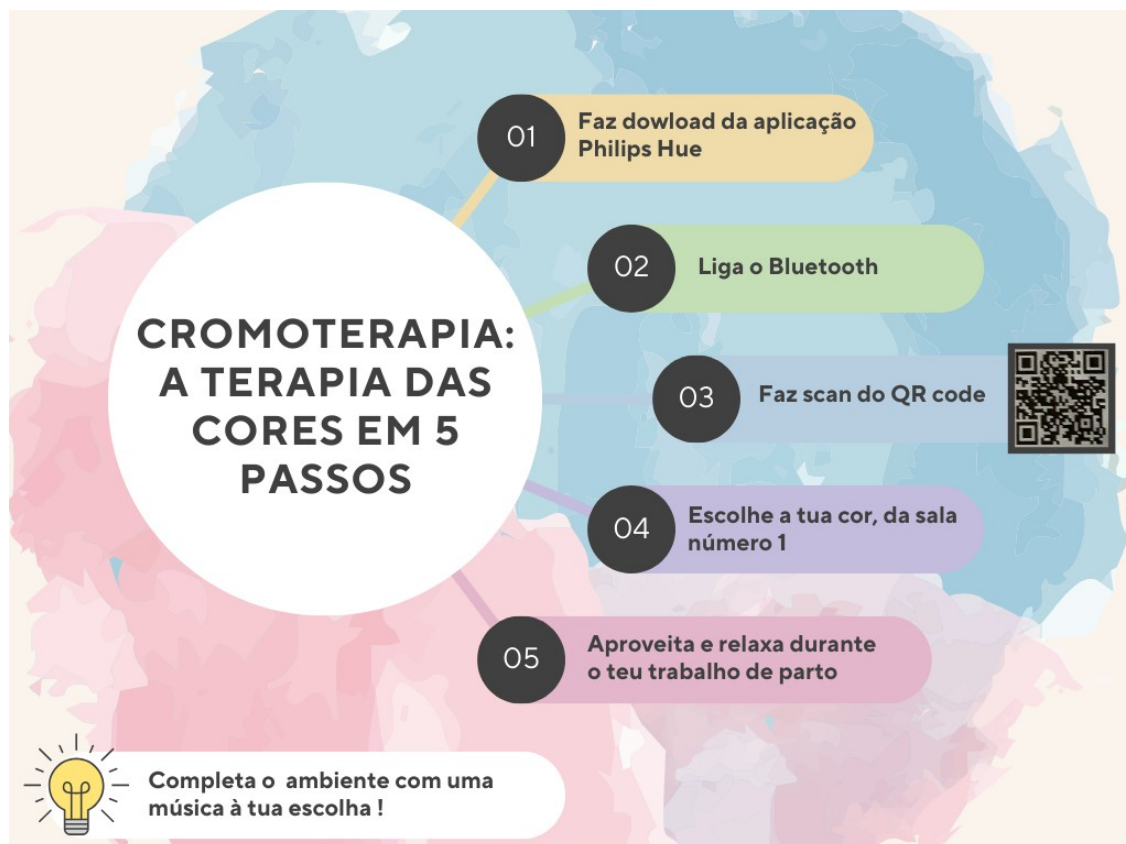
Esta avaliação de sessão teve a participação de 18 enfermeiros que assistiram à apresentação.

Com base nos dados apresentados, verifica-se uma avaliação unanimemente positiva da sessão formativa, com a totalidade dos 23 participantes (100%) a atribuir a classificação máxima (5) em todos os itens avaliados. Estes resultados evidenciam um elevado nível de satisfação relativamente à clareza dos objetivos, relevância dos

conteúdos, qualidade da comunicação, adequação da metodologia e desempenho das formadoras, demonstrando consistência na percepção positiva em todas as dimensões analisadas.

Adicionalmente, os indicadores de impacto reforçam a eficácia da formação, sendo que 100% dos participantes consideraram que a sessão contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos, aumentou a confiança na utilização da cromoterapia e permitiu reconhecer a sua integração segura no trabalho de parto. Assim, conclui-se que a formação foi altamente eficaz, com forte aceitação por parte dos enfermeiros, constituindo um contributo relevante para a valorização e potencial integração desta intervenção na prática clínica.

Apêndice Y – Póster Informativo “Cromoterapia: A Terapia das Cores em 5 Passos”



Anexos

Anexo I – Diploma do Curso Atualizado de Sutura Perineal



**Anexo II – Diploma do 1º Curso de Urgências e Emergências Obstétricas da
ULS Amadora/Sintra**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
AMADORA / SINTRA

CERTIFICADO

Certifica-se que **Sophia Dias Afecto** frequentou o curso **1º Encontro de emergências obstétricas**, realizado na Unidade Local de Saúde Amadora / Sintra, que decorreu no(s) dia(s) **23 de outubro de 2025**, com a duração total de **8 (oito) horas**.

Amadora, 2 de fevereiro de 2026.

A Diretora da Academia de Formação e Ensino



(Sofia Oliveira)

Anexo III – Certificado de Presença das 1º Jornadas de Enfermagem Obstétrica da ULSLO

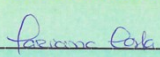


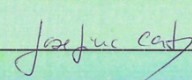
REPÚBLICA PORTUGUESA | SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | UNIDADE LOCAL DE SAÚDE LISBOA OCIDENTAL

CERTIFICADO DE PRESENÇA

I Jornadas de Enfermagem de Obstetrícia da ULSLO
Teoria, Prática e Realidade: Novos Olhares da Obstetrícia Contemporânea

Certifica-se que SOPHIA AFECTO esteve presente nas I Jornadas de Enfermagem de Obstetrícia da ULSLO “Teoria, Prática e Realidade: Novos Olhares da Obstetrícia Contemporânea”, realizadas nos dias 27 e 28 de outubro de 2025, no Auditório da Nova Medical School – Polo do Restelo, com a duração de 14h.

COMISSÃO ORGANIZADORA


COMISSÃO CIENTÍFICA


Anexo IV – Certificado do 1º Prémio PÓSTER: XXVI Congresso Nacional e X Congresso Internacional da APEO

**CERTIFICADO
1º PREMIO
PÓSTER**

**XXVI Congresso Nacional & X Internacional APEO - 5 e 6 de maio de 2025
Desafios Atuais na Promoção da Saúde Perinatal por EESMO/Parteira**

Certifica-se que a Comissão Científica do XXVI Encontro Nacional e X Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), atribuiu o 1º Premio ao Póster "*Benefícios do banho em Swaddlenorecém-nascido*"

Da autoria de *Carolina Viana, Mariana Camacho, Sophia Afecto, Inês Jordão, Manuela Néné & Dora Carteiro*, apresentado presencialmente por *Carolina Viana*, na Fundação Engenheiro António de Almeida - Porto, em 5 de maio de 2025.

Presidente da APEO



Presidente da Comissão Científica