



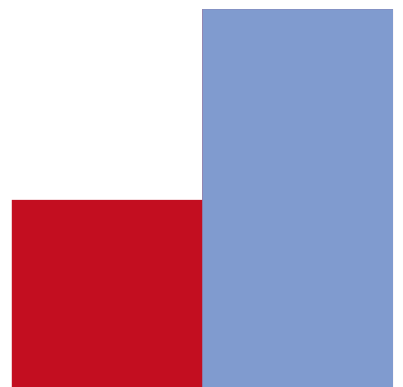
ESCOLA
SUPERIOR
DE SAÚDE
CRUZ
VERMELHA
PORTUGUESA

O REBOZO COMO MEDIDA DE CONFORTO NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: INTERVENÇÃO DO EEESMO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

Débora Sofia da Costa Evangelista

Abril-26



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

Débora Sofia da Costa Evangelista

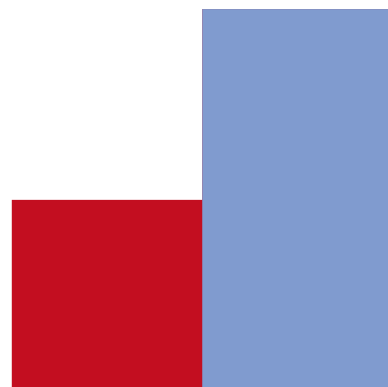
O REBOZO COMO MEDIDA DE CONFORTO NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: INTERVENÇÃO DO EEESMO

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

Orientador(es)

Professora Doutora Dora Carteiro

Abril-26



“Continue andando. Haverá a chance de você ser barrado por um obstáculo, talvez por algo que você nem espere. Mas siga, até porque eu nunca ouvi falar de ninguém que foi barrado enquanto estava parado.”

Charles F. Kettering

Produção Científica

- ✓ Co-autora do artigo de revisão sistemática intitulado **“Intervenções autónomas do EEESMO na gestão da dor na fase latente do trabalho de parto: uma revisão sistemática”** (Apêndice I), a ser publicado na Revista *Salutis Scientia*, Vol. 18, novembro de 2026 (Anexo A);
- ✓ Elaboração de póster para o XXVI Congresso Nacional e X Internacional da APEO – **“Benefícios do contacto pele-a-pele no pós-parto de cesariana: intervenção do EEESMO”** (Apêndice II), sendo o respetivo comprovativo de apresentado no Anexo B;
- ✓ Elaboração de póster para o 4.º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica da ULS Almada-Seixal – **“Impacto psicológico da perda gestacional no casal”** (Apêndice III), encontrando-se o respetivo comprovativo de apresentação no Anexo C;
- ✓ Participação no curso **“Aconselhamento em Aleitamento Materno”** (Anexo D);
- ✓ Participação no curso **“Formação Técnica do Rebozo”**, com a duração de 8 horas (Anexo E), para o qual elaborei uma análise SWOT (Apêndice IV);
- ✓ Elaboração de póster para as XVIII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – **“O Rebozo no Ciclo Gravídico-Puerperal”** (Apêndice V), encontrando-se o respetivo comprovativo no Anexo F;
- ✓ Participação no webinar **“Centro de Parto Normal: o que é e o que não é!”** (Anexo G);
- ✓ Participação no webinar **“Desafios éticos e legais em EESMO: implicações e boas práticas”** (Anexo H);
- ✓ Participação no webinar **“Planear o pós-parto para uma experiência positiva de puerpério em Portugal e no Brasil”** (Anexo I);
- ✓ Participação nas XVIII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Anexo J);
- ✓ Participação no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem (Anexo K);

- ✓ Participação na formação “**Anatomia Funcional do Parto Fisiológico em Hospital**”, com a formadora Núria Vives e uma duração de 21 horas (Anexo L) para a qual elaborei uma análise SWOT (Apêndice VI).

Agradecimentos

Aos meus queridos filhos, pelas ausências ao longo destes dois últimos anos e por todo o amor que sempre me deram. Foram, sem dúvida, uma das minhas maiores motivações para continuar e chegar até aqui.

Ao meu marido, por ter assegurado o cuidado da nossa família durante este período e por todo o apoio, compreensão e incentivo ao longo desta caminhada.

Aos meus pais e ao meu avô, por toda a ajuda que me deram ao longo destes dois anos e pelas palavras de coragem que tantas vezes fizeram a diferença.

À minha querida irmã, pela força e coragem extraordinárias com que enfrentou uma das fases mais difíceis da sua vida. Mesmo no meio da adversidade, nunca deixou de me apoiar e incentivar a seguir em frente. A sua resiliência foi para mim um exemplo diário e uma motivação constante para nunca desistir.

Aos meus sogros, por terem sido uma ajuda constante com os meus filhos, permitindo-me dedicar a este percurso formativo com maior tranquilidade.

Às minhas colegas de trabalho, por todo o apoio, incentivo e compreensão ao longo deste processo.

Às minhas colegas de curso Ana Sofia Santos, Vanessa Palma e Cláudia Cordeiro, por termos formado um grupo que funcionou tão bem ao longo de todo este percurso, assente na entajuda, na partilha e no apoio constante. Obrigada pela força, pelo incentivo e por estarem presentes nos momentos em que as forças e a motivação pareciam fraquejar.

Às queridas EEESMOs Carina de Sousa, Ana Dias, Filipa Fernandes e Sara Anunciada, por todo o conhecimento que me transmitiram e por terem contribuído para o meu crescimento ao longo deste percurso, bem como a todos os profissionais que se cruzaram comigo ao longo desta caminhada.

À professora Dora Carteiro, por todo o apoio e orientação ao longo deste percurso, por compreender muitas vezes aquilo que não era dito por palavras e por ter sempre uma palavra de incentivo nos momentos mais exigentes.

A todos, o meu sincero agradecimento por terem feito parte deste percurso e por, de diferentes formas, terem contribuído para que este objetivo se tornasse possível.

Resumo

A promoção do conforto da mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal constitui um aspeto central na prestação de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), contribuindo para a humanização e qualidade dos cuidados. Neste contexto, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba foi adotada como referencial teórico, valorizando o conforto como foco dos cuidados de enfermagem. Este relatório tem como objetivo analisar a utilização do rebozo enquanto intervenção autónoma do EEESMO na promoção do conforto da mulher ao longo da gravidez, trabalho de parto e puerpério, bem como descrever o desenvolvimento de competências especializadas e de mestre.

A metodologia baseou-se numa revisão narrativa da literatura, realizada em diferentes bases de dados científicas e complementada com literatura cinzenta, bem como na análise reflexiva da prática desenvolvida no contexto dos ECs.

Ao longo dos ECs, foi possível aplicar e integrar os conhecimentos adquiridos, desenvolvendo competências científicas, técnicas, éticas e relacionais. A utilização do rebozo revelou-se uma estratégia eficaz na promoção do conforto, mobilidade e progressão do trabalho de parto, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva.

Conclui-se que a aplicação do rebozo constitui uma intervenção não farmacológica relevante, com potencial para melhorar a qualidade e humanização dos cuidados prestados pelo EEESMO, reforçando a importância da sua integração na prática clínica.

Palavras-Chave:

Conforto; Rebozo; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Gravidez; Trabalho de Parto; Puerpério.

Abstract

The promotion of women's comfort throughout the pregnancy–puerperal cycle is a central aspect of care provided by the midwife, contributing to the humanization and quality of care. In this context, Katharine Kolcaba's Comfort Theory was adopted as the theoretical framework, emphasizing comfort as the focus of nursing care. This report aims to analyze the use of the rebozo as an autonomous intervention of the midwife in promoting women's comfort during pregnancy, labor, and the postpartum period, as well as to describe the development of specialized and master's-level competencies.

The methodology was based on a narrative literature review, conducted across different scientific databases and complemented with grey literature, as well as on a reflective analysis of the practice developed in the context of clinical placements.

Throughout the clinical placements, it was possible to apply and integrate the acquired knowledge, developing scientific, technical, ethical, and relational competencies. The use of the rebozo proved to be an effective strategy in promoting comfort, mobility, and labor progression, contributing to a more positive experience for women.

It is concluded that the rebozo is a relevant non-pharmacological intervention with the potential to improve the quality and humanization of care provided by the midwife, reinforcing its importance in clinical practice.

Keywords:

Comfort; Rebozo; Midwifery; Pregnancy; Labour; Postpartum

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

BO – Bloco Operatório

BP – Bloco de Partos

CNPMA – Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida

CPP – Curso de Preparação para o Parto

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral de Saúde

DPN – Diagnóstico Pré-Natal

EC – Ensino Clínico

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESSCVP – Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa

FIV – Fertilização In Vitro

HPV – Vírus do Papiloma Humano

IBCLC – *International Board Certified Lactation Consultant*

ITP – Indução do Trabalho de Parto

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIF – Projeto de Intervenção Formativa

PMA – Procriação Medicamente Assistida

PPP – Preparação para o Parto e Parentalidade

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

TEC – Transferência de embriões criopreservados

TP – Trabalho de Parto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULS – Unidade Local de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN – Recém-nascido

RPP – Recuperação Pós-Parto

SO – Serviço de Observação

SUO – Serviço de Urgência Obstétrica

Índice

I. INTRODUÇÃO	19
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
II. 1. Ciclo gravídico-puerperal	22
II. 2. Conforto na gravidez, parto e pós-parto	24
II. 3. Teoria do conforto e cuidado aplicado ao ciclo gravídico-puerperal	25
II. 4. O rebozo e a sua história	27
II. 5. A aplicação do rebozo enquanto medida não farmacológicas para conforto e alívio da dor	27
II. 6. O rebozo e a sua aplicabilidade no ciclo gravídico-puerperal	29
II. 7. Técnicas e aplicações do rebozo no ciclo gravídico-puerperal	30
II. 7. 1. Técnica 1 – Movimento em posição de pé	31
II. 7. 2. Técnica 2 - Aconchego em posição sentada	32
II. 7. 3. Técnica 3 – Massagem em posição deitada de lado	34
II. 7. 4. Técnica 4 – Massagem da barriga em várias posturas	34
II. 7. 5. Técnica 5 – Massagem da barriga em várias posturas	35
II. 7. 6. Técnica 6 - Massagem da barriga em várias posturas	36
II. 7. 7. Técnica 7 – Massagem da Anca	37
II. 7. 8. Técnica 8 – Massagem em posição deitada (da cabeça aos pés)	38
II. 7. 9. Técnica 9 – Massagem da cabeça e dos pés	39
II. 7. 10. Técnica 10 – O rebozo e a bola de pilates	40
II. 7. 11. Técnica 11 - Massagens no período pós-parto – massagem completa	41
II. 7. 12. Aplicações criativas do rebozo – pendurando-se no rebozo	42
III. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS E DE MESTRE	43

III. 1. Bloco de Partos e Urgência Obstétrica	47
III. 1. 1. Contextualização do Serviço: Bloco de Partos e Urgência Obstétrica	47
III. 1. 2. Diagnóstico de Situação	48
III. 1. 3. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas	49
III. 2. Serviço de Internamento de Puérperas	60
III. 2. 1. Contextualização do Serviço: Serviço de Internamento de Puérperas	61
III. 2. 2. Diagnóstico da Situação	62
III. 2. 3. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas e de Mestre	63
III. 3. Serviço de Internamento de Grávidas	70
III. 3. 1. Contextualização do Serviço: Serviço de Internamento de Grávidas.....	70
III. 3. 2. Diagnóstico da Situação	71
III. 3. 3. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas e de Mestre	72
III. 4. Exames na Gravidez de Alto Risco	80
III. 4. 1. Contextualização do Serviço	80
III. 4. 2. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas e de Mestre	81
III. 5. Exames Especiais de Ginecologia.....	84
III. 5. 1. Contextualização do Serviço	84
III. 5. 2. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas e de Mestre	84
III. 6. Cuidados de Saúde Primários	86
III. 6. 1. Contextualização do Serviço	86
III. 6. 2. Diagnóstico da Situação	87
III. 6. 3. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas e de Mestre	88
IV. CONCLUSÃO.....	96

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
APÊNDICES	114
Apêndice I – Resumo do artigo de revisão sistemática: “Intervenções autónomas do EEESMO na gestão da dor na fase latente do trabalho de parto: uma revisão sistemática” a ser publicado na revista <i>Salutis Scientia</i>	115
Apêndice II – Póster “Benefícios do contacto pele-a-pele no pós-parto de cesariana: intervenção do EEESMO”	128
Apêndice III - Póster “Impacto psicológico da perda gestacional no casal”	129
Apêndice IV – Póster “O Rebozo no Ciclo Gravídico-Puerperal”	130
Apêndice V – Análise SWOT no curso “Formação técnica do rebozo”	131
Apêndice VI – Análise SWOT formação “Anatomia Funcional do Parto Fisiológico em Hospital”	132
Apêndice VII – Folheto informativo “Rebozo: o segredo do conforto na maternidade”	133
Apêndice VIII – Sessão de formação “O rebozo como medida de conforto no trabalho de parto”	135
Apêndice IX – Plano de Sessão para formação “O rebozo como medida de conforto no trabalho de parto”	141
Apêndice X – Avaliação da sessão de formação “O rebozo como medida de conforto no trabalho de parto”	145
Apêndice XI – Resultados da avaliação da sessão de formação “O rebozo como medida de conforto no trabalho de parto”	147
Apêndice XII – Recurso didático – molduras com imagens ilustrativas das várias posições em que o rebozo pode ser aplicado	150

Apêndice XIII – Marcador de livros “O rebozo no pós-parto”	151
Apêndice XIV - Folheto díptico “Rebozo: o conforto no puerpério”	152
Apêndice XV – QR <i>code</i> de acesso a vídeo de apresentação “Rebozo: o conforto no puerpério”	154
Apêndice XVI – Sessão de formação “Rebozo: o conforto no puerpério”	155
Apêndice XVII – Avaliação da sessão “Rebozo: o conforto no puerpério”	159
Apêndice XVIII – Resultados da avaliação da sessão “Rebozo: o conforto no puerpério”	161
Apêndice XIX – Póster informativo “Utilização do rebozo na gravidez”	164
Apêndice XX – Flyer de divulgação do póster informativo “Utilização do rebozo na gravidez”	165
Apêndice XXI – Plano de sessão “Potenciar a indução do trabalho de parto”	166
Apêndice XXII – Avaliação da sessão “Potenciar a indução do trabalho de parto”	179
Apêndice XXIII – Resultados da avaliação da sessão “Potenciar a indução do trabalho de parto”	182
Apêndice XXIV – Plano de sessão “O rebozo como medida de conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal	185
Apêndice XXV - Sessão de formação “O rebozo como medida de conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal”	188
Apêndice XXVI – Folheto informativo “Rebozo”	194
Apêndice XXVII – Flyer de divulgação do folheto informativo “Rebozo”	196
Apêndice XXVIII – Avaliação da sessão de formação “O rebozo como medida de conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal”	197

Apêndice XXIX – Resultados da avaliação da sessão de formação “O rebozo como medida de conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal”	200
Apêndice XXX – Sessão de formação “Rebozo: o conforto no puerpério”	203
Apêndice XXXI – Póster informativo “Rebozo: o conforto no puerpério”	206
Apêndice XXXII – Flyer de divulgação do póster informativo “Rebozo: o conforto no puerpério”	207
ANEXOS	208
Anexo A – Submissão do artigo de revisão sistemática: “Intervenções autónomas do EEESMO na gestão da dor na fase latente do trabalho de parto: uma revisão sistemática” à revista <i>Salutis Scientia</i>	209
Anexo B – Certificação de elaboração do póster para o XXVI Congresso Nacional e X Internacional da APEO – “Benefícios do contacto pele-a-pele no pós-parto de cesariana: intervenção do EEESMO”	210
Anexo C – Certificado de elaboração de póster para o 4.º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica da ULS Almada-Seixal – “Impacto psicológico da perda gestacional no casal”	211
Anexo D – Certificado de participação no curso “Aconselhamento em Aleitamento Materno (reciclagem)”	212
Anexo E – Certificado de participação no curso “Formação Técnica do Rebozo”	214
Anexo F – Certificado de elaboração de póster para as XVIII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	215
Anexo G – Certificado de participação no webinar “Centro de Parto Normal: o que é e o que não é!”	216
Anexo H – Certificado de participação no webinar “Desafios éticos e legais em EEESMO: implicações e boas práticas”	217

Anexo I – Certificado de participação no webinar “Planejar o pós-parto para uma experiência positiva de puerpério em Portugal e no Brasil”	218
Anexo J – Diploma de participação nas XVIII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	219
Anexo K – Certificado de participação no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem.....	221
Anexo L – Certificado de participação na formação “Anatomia Funcional do Parto Fisiológico em Hospital”	222

Índice de Figuras

Figura 1 - Massagem completa na posição de pé	32
Figura 2 - Massagem completa das costas em posição de sentada.....	33
Figura 3 - Massagem dos ombros.....	33
Figura 4 - Massagem das costas em posição de sentada utilizando dois rebozos	33
Figura 5 - Massagem em posição deitada de lado	34
Figura 6 - Massagem da barriga com o rebozo cruzado.....	35
Figura 7 - Massagem da barriga com a grávida em quatro apoios	36
Figura 8 - Massagem da região pélvica	37
Figura 9 - Massagem da anca em posição de quatro apoios.....	37
Figura 10 - Massagem da parte inferior das costas utilizando o rebozo dobrado	38
Figura 11 - Bombom	38
Figura 12 - Massagem em posição deitada (da cabeça aos pés) – ombros.....	39
Figura 13 - Massagem da cabeça e dos pés realizada a dois	40
Figura 14 - Massagem com mulher em posição de sentada na bola de pilates e braços para fora do rebozo – região inferior das costas, cintura e nádegas	40
Figura 15 - Massagem da barriga com apoio na bola de pilates	41
Figura 16 - Massagem de encerramento dos ossos da anca	42
Figura 17 - Mulher pendurada no rebozo	42

I. Introdução

O presente relatório encontra-se inserido na Unidade Curricular de Estágio Profissional com Relatório, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSCVP) Lisboa e foi construído ao longo das várias valências de Ensino Clínico (EC) que a referida unidade curricular contempla. Este relatório será então, subordinado ao tema: **O rebozo como medida de conforto no ciclo gravídico-puerperal: Intervenção do EEESMO.**

No contexto da prática profissional enquanto enfermeira generalista a exercer funções num Bloco de Partos (BP), surgiu o interesse pela utilização do rebozo, uma vez que as mulheres apresentam elevados níveis de satisfação e conforto quando este é aplicado. Para além disso, a sua utilização permite a participação ativa do acompanhante de referência da mulher e, quando utilizado pelo EEESMO, pode favorecer uma relação de maior proximidade entre o profissional e a grávida. A promoção do conforto da mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal constitui um aspeto central da prestação de cuidados especializados, procurando contribuir para que este seja um acontecimento de vida feliz, fisiológico e natural. A promoção do conforto e a utilização de estratégias não farmacológicas encontram-se amplamente recomendadas por diversas orientações internacionais e nacionais, sendo reconhecidas como fundamentais para a promoção de experiências positivas de gravidez e parto ¹⁻⁵.

A utilização do rebozo como estratégia promotora de conforto na mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal despertou particular interesse por se tratar de uma estratégia simples e de fácil acesso, podendo inclusive ser adaptado com a utilização de um lençol, e que pode trazer diversos benefícios à mulher, de acordo com a literatura mais atual. A aplicação do rebozo, para além de promover o conforto da mulher, pode ser realizada quer pelo profissional de saúde, quer pelo acompanhante, favorecendo o seu envolvimento ativo na promoção do conforto da mulher ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal ^{4,6}.

Contudo, parece algo ainda pouco utilizado pelos EEESMOs na sua prática clínica. A utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor constitui uma

intervenção autónoma e interdependente do EEESMO, sendo reconhecida a sua importância na promoção do conforto e na humanização dos cuidados. Ainda assim, o rebozo continua a ser pouco utilizado na prática clínica. Na atualidade, existe ainda escassa evidência científica acerca da temática da utilização do rebozo, o que poderá contribuir para a subutilização deste método. Neste contexto, torna-se pertinente aprofundar o conhecimento acerca da utilização desta técnica enquanto estratégia promotora de conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal ⁷⁻⁹.

De modo a contextualizar melhor a pertinência e abrangência do tema abordado neste relatório, importa definir alguns conceitos tais como: conforto, rebozo e ciclo gravídico-puerperal.

Os cuidados de enfermagem devem atender às necessidades da pessoa, promovendo um estado de alívio, tranquilidade e transcendência não só a nível físico, mas também psíquico, cultural, social e ambiental. Quando estas dimensões são satisfeitas, o utente atinge um estado de **conforto** ¹⁰.

O rebozo, peça tradicional do México, também designado por xaile, faz parte da indumentária da mulher mexicana e trata-se de um pano comprido, fabricado artesanalmente com tecidos de variadas cores. Pode ser utilizado como recurso na promoção do conforto da mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal ¹¹.

O ciclo gravídico-puerperal refere-se ao espaço de tempo que ocorre desde que a mulher engravida até quando termina o puerpério tardio, isto é, cerca de seis semanas após o parto, tratando-se de um processo natural e fisiológico da vida da mulher ¹².

Posto isto, o referencial teórico deste relatório será a teoria do conforto de Katharine Kolcaba que defende que o conforto da pessoa e da família deverá constituir o foco dos cuidados de enfermagem. O EEESMO, ao prestar cuidados de forma holística e centrados na mulher e na família, promove o conforto e bem-estar a nível físico, psíquico, ambiental e social. Ao valorizar o conforto como foco dos cuidados, o EEESMO contribui para que a mulher vivencie o ciclo gravídico-puerperal de forma mais positiva, promovendo a gestão dos desconfortos e a adaptação às alterações inerentes a este processo ¹⁰.

Com vista a atingir as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, pretendo dar resposta aos objetivos e às atividades a que me propus no Projeto de

Intervenção Formativa (PIF) bem como, apresentar outras atividades que permitiram atingir as competências associadas ao grau de mestre. O enfermeiro deve reger a sua prestação de cuidados tendo por base a melhor evidência científica. Para que tal aconteça, é necessária uma formação contínua que permita aprimorar as suas competências e conhecimentos, com vista a alcançar a excelência dos cuidados prestados à mulher numa perspetiva multidimensional ⁷.

Deste modo, são objetivos deste relatório:

- Promover o uso do rebozo como intervenção autónoma do EEESMO na promoção do conforto da mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal;
- Descrever e analisar o processo de desenvolvimento e consolidação das competências associadas ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no contexto da prática clínica especializada;
- Analisar o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEESMO na promoção do conforto da mulher, através da utilização do rebozo;
- Refletir criticamente sobre a aplicação dessas competências na prestação de cuidados especializados à mulher, família e recém-nascido, garantindo qualidade, segurança e humanização dos cuidados.

O presente relatório encontra-se estruturado em vários capítulos. No capítulo I apresenta-se a introdução; no capítulo II será apresentado o enquadramento teórico; no capítulo III será descrito o percurso de desenvolvimento das competências especializadas e de mestre, dividido em vários subcapítulos correspondentes às diferentes valências dos ensinos clínicos; e, no capítulo IV, apresentam-se as considerações finais. Por fim, seguem-se as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos.

II. Enquadramento Teórico

Para a elaboração deste enquadramento teórico foi realizada uma revisão narrativa da literatura. Foi efetuada uma pesquisa bibliográfica livre em várias bases de dados disponíveis através da área reservada do site da Ordem dos Enfermeiros (OE), tais como: CINAHL, PubMed, MEDLINE, MedicLatina, Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO e Cochrane. Foi também consultada e utilizada literatura cinzenta. No sentido de uma maior abrangência de evidência não foi estabelecido limite temporal na pesquisa. Excluíram-se desta revisão artigos sem acesso a texto integral, que exigissem pagamento ou redigidos em outras línguas que não o português, inglês ou espanhol, reconhecendo este facto como uma limitação, mas inerente ao contexto académico. A pesquisa decorreu entre setembro de 2024 e março de 2026, e foram utilizados descritores MeSH validados e descritores em língua natural.

Ao longo do enquadramento teórico será abordado: o ciclo gravídico-puerperal; a abordagem do conforto na gravidez, parto e pós-parto; o enquadramento da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba e a sua aplicação aos cuidados no ciclo gravídico-puerperal; as medidas não farmacológicas para conforto e alívio da dor; a definição de rebozo e o seu enquadramento histórico; a utilização do rebozo como método não farmacológico de promoção do conforto e alívio da dor; as diferentes técnicas e aplicações do rebozo ao longo do ciclo gravídico-puerperal; e, as competências do EEESMO aquando da utilização do rebozo.

II. 1. Ciclo gravídico-puerperal

O ciclo gravídico-puerperal inicia-se aquando da conceção e termina aproximadamente na sexta semana após o parto. A gravidez, enquanto primeira etapa deste ciclo, é um processo fisiológico que se traduz num momento único na vida da mulher e culmina no nascimento de um filho, constituindo-se como um acontecimento ímpar na vida de uma pessoa. Corresponde ao período compreendido entre a conceção e a expulsão do feto. A gravidez acarreta diversas alterações na mulher, quer de origem física, emocional e social. Trata-se de um período extremamente importante na vida de

uma mulher, mas também repleto de inquietudes, no qual o EEESMO pode ter um papel crucial ao longo de todo o acompanhamento pré-natal ^{7,13-15}.

Concomitantemente com o término da gravidez, dá-se o início do trabalho de parto (TP), que consiste no intervalo de tempo em que ocorre um conjunto de processos fisiológicos e mecânicos que culminam na expulsão, pelo canal vaginal, do feto e dos anexos da gestação, nomeadamente das membranas amnióticas, do líquido amniótico, do cordão umbilical e da placenta. O parto, na sua essência, é o nascimento de um bebé, a chegada de uma nova vida e um marco importante na vida daquela mulher e família ^{15,16}.

Por tudo o referido anteriormente, o TP implica a existência de algum desconforto e, muitas vezes, a dor também pode estar presente, devendo o cuidado do EEESMO ser sempre humanizado, centrado na mulher, no seu bem-estar e conforto. O EEESMO tem competências técnicas e humanas para proporcionar à mulher uma experiência de parto positiva, prestando-lhe cuidados humanizados, direcionados às suas necessidades e baseando-se na melhor evidência científica ^{1,17-19}.

Findo o parto, inicia-se o puerpério, período caracterizado por um conjunto de alterações físicas e emocionais que ocorrem com o intuito de o corpo da mulher regressar, progressivamente, a um estado semelhante ao existente antes da gravidez, com duração aproximada de seis semanas. O puerpério pode ser dividido em três etapas: puerpério imediato, puerpério precoce e puerpério tardio. O puerpério imediato diz respeito às primeiras 24 horas após o parto sendo que, após esse período, se inicia o puerpério precoce que termina ao final da primeira semana após o parto. Desde esse momento até à sexta semana após o parto, considera-se o puerpério tardio ²⁰.

O ciclo gravídico-puerperal é um período que envolve múltiplas mudanças, exigindo da mulher e do acompanhante/família um processo contínuo de adaptação. O EEESMO, ao longo das consultas de vigilância de saúde materna, deverá realizar uma boa anamnese para conseguir dar resposta às necessidades da mulher e capacitá-la para lidar com todas as alterações de forma positiva e saudável, nunca descurando os aspetos emocionais ^{13,21-23}.

II. 2. Conforto na gravidez, parto e pós-parto

São diversas as alterações que ocorrem no corpo da mulher ao longo de toda a gravidez, como já foi referido, para proporcionar um ambiente favorável à continuidade da gravidez e ao correto desenvolvimento fetal. Estas alterações, apesar de serem consideradas normais durante a gravidez, provocam vários desconfortos na mulher. Os desconfortos mais comuns são: aumento do muco vaginal, contratilidade uterina - algias pélvicas, mastalgias, pirose, náuseas e vômitos, lombalgias e polaquiúria. Estes desconfortos surgem pelas alterações que ocorrem nos vários sistemas do corpo da mulher e podem interferir no seu bem-estar ao longo da gravidez ^{14,24,25}.

No entanto, ao longo da gravidez, um dos sistemas que mais sofre alterações é o sistema músculo-esquelético. Estas alterações estão intimamente ligadas à produção de relaxina e progesterona. A relaxina, ao aumentar a flexibilidade das articulações, promove um esforço muscular acrescido para manter o organismo alinhado e em equilíbrio. A elevada mobilidade articular, o possível aumento do volume mamário e o crescimento fetal e uterino favorecem alterações posturais, uma vez que o centro de gravidade se inclina para a frente, exigindo compensação corporal. Assim, verifica-se alteração do eixo da bacia e a acentuação da curvatura dorsal e lombar, originando lombalgias. A progesterona, por sua vez, reduz o tônus da musculatura lisa e estriada. Em conjunto, estas duas hormonas, podem desencadear alterações posturais e com isso, criar desconfortos ao longo da gravidez ^{24,26,27}.

A gravidez associa-se, assim, a mudanças físicas, psicológicas e sociais que influenciam a perceção de bem-estar da mulher. A qualidade de vida durante este período pode ser afetada por diferentes fatores, nomeadamente pelos sintomas físicos experienciados, pelas alterações emocionais e pela forma como a mulher se adapta às mudanças inerentes à gestação. A qualidade de vida da grávida pode sofrer variações ao longo dos diferentes trimestres, sendo influenciada por dimensões físicas, psicológicas e sociais ^{25,28}.

No TP, o conforto mantém-se como uma necessidade relevante, não se limitando apenas ao alívio da dor. A experiência da mulher durante o parto é influenciada pelo apoio contínuo, pela comunicação com os profissionais de saúde, pelo respeito, pela privacidade e pela possibilidade de participação nas decisões relacionadas com os cuidados. A forma

como os cuidados são prestados impacta na percepção da experiência do parto e na satisfação materna ^{3,29}.

No período pós-parto, o conforto é igualmente influenciado pela recuperação física, pelo cansaço, pelas alterações emocionais e pela adaptação ao novo papel. Tal como na gravidez e no parto, também nesta fase o apoio familiar e profissional pode contribuir para uma vivência mais positiva desta transição. O conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal deve, por isso, ser entendido como uma dimensão dinâmica, influenciada por fatores físicos, emocionais e relacionais ^{25,28}.

O EEESMO é dotado de competências que lhe permitem fornecer estratégias e prestar cuidados especializados à mulher, de modo que esta consiga gerir e minorar os desconfortos sentidos, promovendo o seu bem-estar ao longo da gravidez, TP e puerpério. Neste sentido, a intervenção do EEESMO na identificação dos desconfortos, no apoio à mulher e na implementação de cuidados individualizados revela-se essencial na promoção do conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal ^{17,28,29}.

II. 3. Teoria do conforto e cuidado aplicado ao ciclo gravídico-puerperal

Cuidar do outro é considerado uma arte. Os cuidados de enfermagem estão muito longe de se centrarem apenas no processo de doença e assentam numa abordagem holística da pessoa, sendo tal aspeto bem espelhado nos cuidados prestados pelo EEESMO à mulher ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal ⁷.

O enfermeiro cuida da pessoa tendo sempre por base o seu conforto e o seu bem-estar. O ciclo gravídico-puerperal, tal como foi referido anteriormente, é uma fase de constante adaptação e o cuidado a esta mulher/ família deve ser sempre em prol de um bem-estar não só físico, mas também emocional, psicológico e social, reconhecendo o conforto como uma necessidade humana fundamental no cuidado em enfermagem ^{30,31}.

O cuidar em enfermagem necessita de ser sustentado em teorias de enfermagem, uma vez que estas permitem estruturar, orientar e dar significado aos cuidados, promovendo a individualidade de cada pessoa ^{30,32}. Após uma breve análise das diferentes

teorias de enfermagem, a utilização do rebozo como forma de promover o conforto na mulher ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal relaciona-se, na sua essência, com a teoria do conforto de Katharine Kolcaba.

Para Kolcaba, o conforto da pessoa é o expoente máximo do cuidado do enfermeiro. A necessidade de conforto poderá advir de necessidades físicas, emocionais, sociais e até, ambientais. O conforto é assim, algo que é experienciado pela mulher quando são implementadas intervenções que visam satisfazer essas necessidades. O conforto pode subdividir-se em três tipos: alívio da dor ou dos desconfortos sentidos, tranquilidade para encarar a situação, mantendo a calma, e transcendência, na qual a mulher experienciará bem-estar, apesar das dificuldades por sentir que é capaz de ultrapassar as suas limitações ^{10,31,32}.

Assim, a teoria do conforto determina quatro metaparadigmas: enfermagem, pessoa, ambiente e saúde. À luz desta teoria, a enfermagem prende-se com os cuidados prestados, neste caso concreto pelo EEESMO, tendo por base o seu conhecimento e a sua experiência; a pessoa, aqui entendida como a mulher no processo gravídico -puerperal, a quem o EEESMO presta cuidados visando o seu conforto; o ambiente refere-se ao contexto onde os cuidados são prestados, podendo ser ajustado de modo a maximizar o conforto; e a saúde, que assenta no estado de bem-estar ao longo do ciclo gravídico-puerperal ^{10,17,30}.

A promoção do conforto deve assim, basear-se num cuidado de enfermagem holístico, centrado na mulher/família e atendendo às necessidades específicas de cada situação, promovendo o máximo conforto possível e bem-estar ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal. A identificação das necessidades de conforto e a implementação de intervenções adequadas permitem não só aliviar o desconforto, mas também potenciar comportamentos de saúde e melhorar a experiência da mulher ao longo deste processo. Neste contexto, a utilização de intervenções não farmacológicas, como a técnica do rebozo, poderá constituir uma estratégia relevante na promoção do conforto da mulher ^{4,6,10,32}.

II. 4. O rebozo e a sua história

O rebozo é uma peça de roupa retangular com cerca de 2,40 metros de comprimento e 70 centímetros de largura. Na sua maioria, é confeccionado com fio de algodão, mas pode também ser produzido em lã ou seda. O rebozo caracteriza-se por apresentar os bordos cuidadosamente entrelaçados e ligados entre si. Trata-se de uma peça que, inicialmente, era sempre produzida de forma artesanal. No entanto, ao longo dos séculos, os rebozos foram sendo produzidos industrialmente em outros locais que não o México, passando, na sua maioria, a ser fabricados em fibras sintéticas, o que não confere as mesmas características do rebozo tradicional ^{4,33}.

Desde o século XVII que o rebozo está representado na arte mexicana, encontrando-se profundamente associado ao traje tradicional da mulher mexicana. Foi também a conhecida Frida Kahlo, artista mexicana, que contribuiu para a sua divulgação a nível mundial, uma vez que frequentemente utilizava o rebozo como elemento do seu vestuário ⁴.

O rebozo mexicano servia como forma de identificação da mulher, refletindo aspetos culturais, artísticos e sociais. Esta peça de vestuário permitia também caracterizar o estrato social da mulher, sendo que, um rebozo de algodão estaria associado a classes sociais mais baixas, enquanto um rebozo de seda, frequentemente bordado a ouro ou prata, seria indicativo de um estatuto social mais elevado ¹¹.

Para além de uma peça de roupa tradicional, o rebozo apresenta diversas funcionalidades, como cobrir a cabeça de forma a proteger do sol, servir de apoio para colocar os cestos na cabeça ou funcionar como manta. Contudo, uma das suas utilizações mais relevantes consiste na arte de transportar crianças, sejam filhos, irmãos ou outras crianças, assumindo assim um papel importante no quotidiano das mulheres mexicanas ^{4,33}.

II. 5. A aplicação do rebozo enquanto medida não farmacológicas para conforto e alívio da dor

Cuidar da mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal deve ter sempre uma perspectiva holística, sabendo de antemão que se trata de um ser singular e que precisa de ser cuidada no seu todo, físico, emocional e social. O conforto sentido pela mulher está sempre intrinsecamente ligado às suas vivências e crenças pessoais ³⁴⁻³⁶.

É inevitável que, ao falarmos de conforto, este seja associado ao alívio da dor. Ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal, a mulher experiencia várias etapas que, como referido anteriormente, podem causar desconfortos. Esses desconfortos podem muitas vezes, estar associados a alguma dor.

A dor é definida como uma sensação desagradável e perturbadora emocionalmente que está relacionada com uma lesão tecidual real ou potencial e é desta forma que o conceito de dor é interpretado quer pelos profissionais de saúde, quer pela sociedade em geral. Contudo, ao longo do ciclo gravídico-puerperal a dor, mais associada à dor do TP, é associada a um acontecimento feliz da vida da mulher, que é trazer ao mundo uma nova vida. Este é um processo fisiológico normal, autolimitado no tempo e não está associado a algo patológico. A gravidez, TP e puerpério, bem como os desconfortos que estes acarretam, variam de acordo com a individualidade de cada mulher e por esse motivo, poderão ser mais bem aceites por umas do que por outras ^{34,35,37,38}.

Os desconfortos/ dor poderão ser geridos pelas mulheres se a estas, forem fornecidas orientações, provendo-as de estratégias para que possam lidar com os seus desconfortos, isto é, empoderando-as. Ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal, o EEESMO é o profissional de saúde mais capacitado para cuidar da mulher e especializado nos vários métodos não farmacológicos que aliviam não só a dor, mas também os desconfortos ^{17,39}.

A utilização de métodos não farmacológicos para alívio dos desconfortos e da dor é uma intervenção autónoma e interdependente do EEESMO, de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). As intervenções autónomas e interdependentes do enfermeiro dependem da sua iniciativa e são da sua inteira e exclusiva responsabilidade, de acordo com as suas qualificações profissionais ⁸.

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor, promovem uma relação de maior proximidade entre o profissional de saúde e a grávida/ puérpera e o seu acompanhante. Existe uma maior satisfação das mulheres por verem satisfeitas as suas

necessidades individuais aumentando assim, a sua satisfação. A utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor e conforto da mulher faz com que haja uma diminuição do medo e da ansiedade inerente a este ciclo e a todas as alterações que o mesmo acarreta e promovendo ainda, a autoconfiança da grávida e acompanhante ^{35,40–43}.

O EEESMO é dotado de conhecimento que lhe confere competências para que este possa, de forma independente, prestar cuidados à mulher com uma gravidez de baixo risco (que carece de avaliação prévia através da escola de Goodwin modificada). Assim, o EEESMO tem um papel preponderante no cuidado à mulher promovendo a sua participação ativa ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal, através da implementação de intervenções autónomas e interdependentes, onde se incluem os métodos não farmacológicos de controlo da dor, maximizando o conforto da mulher ^{8,17,23}.

De acordo com a evidência científica produzida sobre a temática do rebozo, podemos inferir que este promove o relaxamento da mulher, ajuda na redução da dor, diminui os níveis de ansiedade e stress, aumenta o nível de satisfação das mulheres em relação ao parto e gera tranquilidade. Para além disso, verifica-se que a sua utilização está associada a uma melhoria da experiência de parto e a uma maior perceção de controlo por parte da mulher, contribuindo para uma vivência mais positiva deste processo. A aplicação do rebozo, favorece ainda a mobilidade pélvica e, eventualmente o posicionamento fetal, podendo facilitar a descida do feto e otimizar a progressão do TP, promovendo simultaneamente o conforto materno. Para além dos benefícios físicos, a aplicação do rebozo promove também apoio emocional e interação entre a mulher, o acompanhante e o profissional de saúde, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva e participativa. Este método, deve ser visto como uma importante medida não farmacológica para redução da dor. Trata-se de um método natural e com grande potencial para reduzir a necessidade de analgesia farmacológica ^{4,6,44–48}.

II. 6. O rebozo e a sua aplicabilidade no ciclo gravídico-puerperal

Cada mulher e família constitui um ser único que possui a sua própria individualidade. Quando prestamos cuidados tendo por base uma abordagem humanizada, é necessário considerar a mulher como a verdadeira protagonista da sua

história e da sua saúde. O EEESMO deve incidir os seus cuidados favorecendo a normal fisiologia da gravidez, parto e puerpério, empoderando a mulher para que esta consiga participar ativamente nas decisões ao longo do ciclo gravídico-puerperal ^{16,21}.

A capacidade de atender às necessidades do outro é crucial na atuação do EEESMO ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal e a promoção do conforto da mulher é algo inerente aos cuidados de enfermagem, tal como já foi referido anteriormente.

O rebozo pode ser um bom aliado do EEESMO e da mulher/ acompanhante ao longo do ciclo gravídico-puerperal como promotor de conforto. Este é um recurso simples e eficaz, mas que muitas vezes é descurado na prestação de cuidados. A aplicação do rebozo, permite que a mulher tenha liberdade de movimentos, o que por sua vez confere um sentimento de bem-estar e uma melhor adaptação ao TP, parto e amamentação. A liberdade de movimentos deve assim ser encorajada, pois para além dos benefícios sobejamente conhecidos para o TP, permite à mulher adotar as posições que mais conforto lhe proporcionam. Ao aplicar esta técnica, cria-se uma ligação mais estreita entre quem aplica a massagem e quem a recebe, proporcionando confiança e diminuindo os níveis de stress associados a esta fase ^{6,44-46,49}.

O rebozo é visto como uma extensão das mãos de quem o utiliza, permitindo a realização de massagens nos ombros, costas, cintura, região pélvica e abdómen. Na região pélvica, por exemplo, a massagem promove o relaxamento muscular através de movimentos suaves e rítmicos, promovendo o relaxamento do pavimento pélvico ⁴.

A aplicação do rebozo deve ser realizada com movimentos rítmicos, proporcionando conforto à mulher ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal e contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. Este reduz os desconfortos próprios da gravidez, TP e puerpério, bem como auxilia na gestão da dor sentida pela mulher ^{4,6,44,46,47}.

II. 7. Técnicas e aplicações do rebozo no ciclo gravídico-puerperal

Embora já tenha sido referido que a aplicação do rebozo é algo seguro, prático e eficaz na promoção do conforto, este deve ter por base algumas premissas ⁴ :

- O rebozo tem de ser razoavelmente comprido para que, quando a mulher se deita sobre ele, quem realiza a massagem, possa estar em pé, com os braços esticados, e consiga segurar ambas as pontas do tecido e enrolá-las à volta dos pulsos;
- O material do rebozo tem de ser suficientemente resistente para suportar e envolver o corpo da mulher;
- Após cada utilização, o rebozo deve ser higienizado;
- O rebozo pode ser utilizado dobrado se for aplicado em zonas do corpo mais pequenas ou aberto quando se destina à massagem de zonas do corpo maiores;
- Se a massagem puder ser realizada com mais do que um rebozo, tanto melhor, pois evita que a mulher tenha de alternar constantemente de posição para ajuste do tecido;
- O tecido deve permanecer sem pregas quando a grávida está sobre ele;
- Deve assegurar-se que o ambiente é calmo, tranquilo e propício ao relaxamento da mulher;
- Ambos os intervenientes devem estar descalços, com meias antiderrapantes ou calçado que não derrape, garantindo a segurança;
- Quem aplica a massagem deve estar corretamente posicionado, mantendo uma posição ergonómica e confortável.

Nos próximos subcapítulos, serão abordadas sucintamente as diversas técnicas de aplicação do rebozo.

II. 7. 1. Técnica 1 – Movimento em posição de pé ⁴

Esta técnica pode ser utilizada durante a gravidez e TP e tem como objetivo, o relaxamento da região lombar e pélvica.

Preparação:

- A grávida deve permanecer de pé, com os pés ligeiramente afastados;
- O EEESMO deve posicionar-se em frente à grávida e segurar o rebozo com os braços esticados e os pés ligeiramente afastados;

- A mulher, deve inclinar ligeiramente o tronco para trás apenas com o peso suficiente para acompanhar o movimento do rebozo, não devendo inclinar-se excessivamente, pois assim não irá permitir o relaxamento;
- Os movimentos aplicados podem diferir e podem ser intercalados: movimentos amplos, movimentos fluidos e curtos ou, movimentos curtos e rápidos para dar a sensação de vibração. Para uma sensação mais intensa, o EEESMO pode cruzar os braços quando segura o rebozo;
- O movimento em posição de pé pode contemplar várias massagens consoante o posicionamento do rebozo: massagem completa das costas ou massagem da região pélvica.

Figura 1



Massagem completa na posição de pé ⁴

II. 7. 2. Técnica 2 - Aconchego em posição sentada ⁴

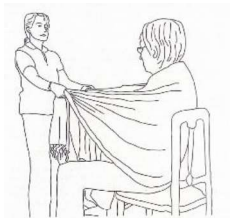
Esta técnica pode ser utilizada durante a gravidez e TP, tendo como objetivo o relaxamento das costas e do tronco.

Preparação:

- A grávida deve sentar-se numa cadeira com espaço atrás suficiente para que se consiga reclinar ou, como alternativa, sentar-se de lado numa cadeira;
- O EEESMO deve posicionar-se em frente à grávida e segurar o rebozo com os braços esticados ou cruzados e os pés ligeiramente afastados;
- O rebozo deve ser colocado desde metade do pescoço até ao final das costas;

- A grávida, deve inclinar as costas ligeiramente para trás, sentindo-se relaxada e envolvida pelo tecido, enquanto o EEESMO realiza movimentos suaves e rítmicos;
- O movimento de aconchego em posição sentada pode contemplar várias massagens consoante o posicionamento do rebozo: massagem dos ombros, região superior das costas, cintura, região inferior das costas e nádegas, podendo ainda ser realizada com dois rebozos.

Figura 2



Massagem completa das costas em posição de sentada ⁴

Figura 3



Massagem dos ombros ⁴

Figura 4



Massagem das costas em posição de sentada utilizando dois rebozos ⁴

II. 7. 3. Técnica 3 – Massagem em posição deitada de lado ⁴

Esta técnica pode ser utilizada durante a gravidez e TP e tem como objetivo o relaxamento geral do corpo.

Preparação:

- A grávida pode ficar deitada no chão (em cima de um colchão ou tapete), de frente para o EEESMO ou deitada no bordo da cama, de modo que o abdómen fique apoiado no limite do colchão;
- O EEESMO deve estar sentado numa cadeira ao nível da grávida ou manter-se na posição de pé com os braços esticados ou cruzados;
- Esta massagem tem como particularidade o facto de as mãos do EEESMO estarem sobrepostas;
- O rebozo é colocado no meio das costas da grávida e o EEESMO deverá ir puxando o tecido alternadamente;
- O movimento pode contemplar apenas a massagem da região pélvica.

Figura 5



Massagem em posição deitada de lado ⁴

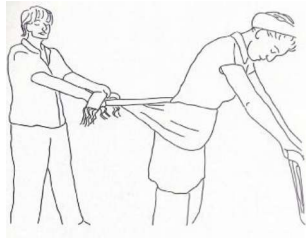
II. 7. 4. Técnica 4 – Massagem da barriga em várias posturas ⁴

Esta técnica pode ser utilizada durante a gravidez e TP e tem como objetivo o relaxamento da região pélvica e pavimento pélvico.

Preparação:

- A grávida deve permanecer de pé, com os pés ligeiramente afastados, mas inclinada sobre uma superfície de modo que a barriga fique suspensa para a frente;
- O EEESMO deve posicionar-se atrás da grávida e segurar o rebozo com os braços esticados ou cruzados, os pés ligeiramente afastados e os joelhos fletidos;
- O rebozo pode estar dobrado em dois ou esticado, abraçando a barriga da mulher;
- O EEESMO deve movimentar suavemente o rebozo para a frente e para trás;
- Quando a grávida consegue sentir profundamente esta massagem com os movimentos rítmicos, o bebé também se vai sentir embalado. Conforme se dá a massagem da barriga, ocorre relaxamento da região pélvica e no pavimento pélvico.

Figura 6



Massagem da barriga com o rebozo cruzado ⁴

II. 7. 5. Técnica 5 – Massagem da barriga em várias posturas ⁴

Esta técnica pode ser utilizada durante a gravidez e TP e permite o relaxamento da região pélvica e pavimento pélvico, da região lombar e o embalo do bebé.

Preparação:

- A grávida deve ficar em quatro apoios, com os joelhos bem afastados, mantendo a barriga relaxada;
- O EEESMO deve posicionar-se atrás da grávida;
- O rebozo deve envolver a barriga como se fosse uma rede para o bebé;

- O EEESMO deve movimentar alternadamente o rebozo para a esquerda e para a direita, sendo o ritmo dos movimentos definido pela mulher;
- A massagem da barriga pode também ser realizada com a grávida sentada ou na posição de pé.

Figura 7



Massagem da barriga com a grávida em quatro apoios ⁴

II. 7. 6. Técnica 6 - Massagem da barriga em várias posturas ⁴

Esta técnica pode ser utilizada durante a gravidez e TP e promove o relaxamento total do corpo.

Preparação:

- A grávida deve estar confortavelmente deitada no chão sobre um colchão ou tapete, com a cabeça apoiada numa almofada;
- O EEESMO deve manter-se na posição de pé, com a coluna ereta e os joelhos fletidos, mantendo as pernas afastadas sobre a parte superior das pernas da grávida;
- O rebozo deve estar na região pélvica da grávida e as suas extremidades devem estar envolvidas nos punhos do EEESMO, garantindo uma pega firme;
- O EEESMO deve realizar movimentos rítmicos e alternados, puxando suavemente as extremidades do rebozo. Os movimentos podem ser contínuos e lentos ou curtos e rápidos, sendo sempre escolhidos pela grávida;
- Esta massagem irá movimentar a região pélvica e embalar o bebé;

- A massagem da barriga pode também incluir a elevação da região inferior das costas da mulher ou a utilização do rebozo cruzado, envolvendo completamente a região pélvica.

Figura 8



Massagem da região pélvica ⁴

II. 7. 7. Técnica 7 – Massagem da Anca ⁴

Esta técnica pode ser utilizada durante a gravidez e TP e tem como objetivo o relaxamento do pavimento pélvico e pode ser um apoio durante o período expulsivo.

Preparação:

- A grávida deve estar posicionada em quatro apoios, mantendo os braços apoiados em almofadas e a coluna alinhada;
- O EEESMO deve estar sentado de frente para a mulher;
- O rebozo deve envolver a anca da grávida, incluindo a região das nádegas;
- As extremidades do rebozo devem estar próximas da cabeça da grávida e, mais uma vez, a intensidade dos movimentos são determinados pela mulher;
- A massagem da anca pode ter algumas variações, como apoio aos puxos durante o TP, podendo ser realizada em posição lateral ou na posição de “bombom”.

Figura 9



Massagem da anca em posição de quatro apoios ⁴

Figura 10



Massagem da parte inferior das costas utilizando o rebozo dobrado ⁴

Figura 11



Bombom ⁴

II. 7. 8. Técnica 8 – Massagem em posição deitada (da cabeça aos pés)

4

Esta técnica pode ser utilizada durante a gravidez e promove um relaxamento total.

Preparação:

- A grávida deve estar confortavelmente deitada no chão sobre um colchão ou tapete e a cabeça apoiada numa almofada;
- Esta posição pode necessitar de uma almofada adicional entre os joelhos da grávida e o EEESMO deve estar atento à posição de decúbito dorsal, sendo que, se surgirem tonturas ou desconforto, a técnica deve ser realizada em decúbito lateral;
- O EEESMO deve estar na posição de pé, com a coluna ereta e os joelhos fletidos, mantendo os pés próximos do rebozo;
- O rebozo deve ser colocado debaixo da parte do corpo da mulher a ser massajada (pode também ser dobrado em dois) e deve reposicionado a cada massagem;
- O EEESMO deve manter os braços esticados, envolvendo o rebozo nas mãos ou punhos, garantindo firmeza na execução;
- Esta massagem contempla várias etapas, devendo iniciar-se nos ombros e terminar nos pés;
- O EEESMO deve realizar movimentos de embalamiento;
- As regiões a massajar incluem: ombros, cintura, região pélvica, parte superior das pernas (rebozo abaixo das nádegas e até aos joelhos) e pés.

Figura 12



Massagem em posição deitada (da cabeça aos pés) – ombros ⁴

II. 7. 9. Técnica 9 – Massagem da cabeça e dos pés ⁴

Esta técnica pode ser utilizada durante a gravidez e relaxa as costas e a região cervical.

Preparação:

- A aplicação desta técnica requer a utilização de dois rebozos e dois EEESMOs ou EEESMO e acompanhante. Ambos devem manter o contacto visual, de modo a garantir a coordenação dos movimentos;
- Um rebozo deve envolver a cabeça e o outro os pés;
- Com os braços esticados e o rebozo envolvido nos punhos, devem elevar suavemente os pés e a cabeça, mantendo movimentos curtos, suaves e rítmicos.

Figura 13



Massagem da cabeça e dos pés realizada a dois ⁴

II. 7. 10. Técnica 10 – O rebozo e a bola de pilates ⁴

Esta técnica pode ser utilizada durante a gravidez e TP e favorece o relaxamento da região pélvica e do pavimento pélvico.

Preparação:

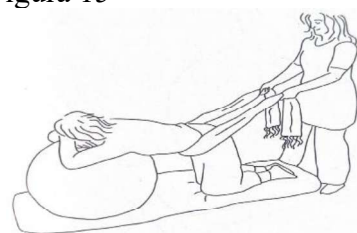
- Nas diversas técnicas anteriormente descritas, a grávida pode optar pela utilização da bola de pilates;
- O EEESMO deve verificar que a grávida está corretamente posicionada na bola, com os joelhos fletidos ao nível da região pélvica;
- A combinação da bola com o rebozo permite diversas posições, desde que a grávida se sinta confortável e segura.

Figura 14



Massagem com mulher em posição de sentada na bola de pilates e braços para fora do rebozo – região inferior das costas, cintura e nádegas ⁴

Figura 15



Massagem da barriga com apoio na bola de pilates ⁴

II. 7. 11. Técnica 11 - Massagens no período pós-parto – massagem completa ⁴

Todas as massagens anteriormente descritas podem ser adaptadas ao período pós-parto. Contudo, deve ter-se em consideração que, devido à perda hemática via vaginal, as massagens na posição de pé e sentada poderão não ser confortáveis. É fundamental manter o enfoque na mulher também no pós-parto, considerando as adaptações físicas e emocionais desta fase ⁴.

O objetivo desta técnica é favorecer a recuperação da puérpera, ritual de “encerramento dos ossos” e apoiar a sua reintegração física e emocional.

Preparação:

- A puérpera deve estar confortavelmente deitada e os EEESMOs deverão estar sentados à mesma altura que a mulher, um de cada lado;

- Quando se dá a massagem completa, o rebozo vai alternando entre as diversas partes do corpo da mulher, puxando o tecido com robustez, terminando na massagem dos pés.

Figura 16



Massagem de encerramento dos ossos da anca ⁴

II. 7. 12. Aplicações criativas do rebozo – pendurando-se no rebozo ⁴

- Ao longo do TP, a mulher pode sentir conforto ao utilizar o rebozo como apoio;
- Durante as contrações, a grávida pode segurar firmemente o rebozo, manter as pernas afastadas, os joelhos fletidos e em abdução de modo a ampliar a pelve e ajudar na descida do polo cefálico;
- A mulher pode ainda adotar posições como cócoras ou alongamento, utilizando o rebozo como suporte.

Figura 17



Mulher pendurada no rebozo ⁴

III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre

A constante diferenciação e especialização dos enfermeiros levou a que em 2019, a OE emanasse o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista¹⁹. No decorrer do mesmo ano, foi também publicado o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica¹⁷, no qual se encontram definidas as competências que o EEESMO deve possuir, com enfoque na mulher enquanto centro dos cuidados.

O presente capítulo tem como objetivo espelhar o desenvolvimento das competências preconizadas pela OE, tendo por base os documentos acima referidos. Paralelamente, integra também a análise do desenvolvimento das competências de mestre, de acordo com o regulamento da ESSCVP – Lisboa, a adquirir no âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissional com Relatório⁵⁰.

Neste seguimento, relativamente às **competências de mestre**, considero que foram atingidos os seguintes objetivos:

a) Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e culturais na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde⁵⁰;

Ao longo dos ECs, surgiram várias situações que contribuíram para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e culturais. A diversidade cultural das mulheres assistidas constituiu um desafio, exigindo cuidados ajustados a cada mulher, com respeito pelos seus valores, crenças e expectativas, bem como pelos do acompanhante. Neste contexto, foi necessário adaptar os cuidados à individualidade de cada mulher, desenvolvendo competências de comunicação terapêutica, escuta ativa e tomada de decisão partilhada. Este processo permitiu envolver a mulher e o acompanhante nos cuidados. A tomada de decisão em conjunto com o casal foi frequente, promovendo o empoderamento da mulher e garantindo o respeito pelos princípios éticos, nomeadamente o consentimento informado.

Este objetivo foi alcançado através da prestação de cuidados especializados em saúde materna e obstétrica à mulher, ao acompanhante e ao recém-nascido (RN), nas diferentes valências de estágio. Destaca-se a capacidade de integrar conhecimento científico na prática, bem como de mobilizar competências técnicas e relacionais na prestação de cuidados.

Paralelamente, a dinamização de sessões no âmbito do Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade (PPP) e do Programa de Recuperação Pós-Parto (RPP) permitiu desenvolver competências na área da educação para a saúde, no planeamento de intervenções e na adaptação da informação às necessidades da mulher e da família, promovendo a sua autonomia ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

b) Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais ético - deontológicos ⁵⁰;

Neste âmbito, destaca-se a participação como co-autora de um artigo de revisão sistemática intitulado “**Intervenções autónomas do EEESMO na gestão da dor na fase latente do trabalho de parto: uma revisão sistemática**” (Apêndice I), a ser publicado na Revista *Salutis Scientia*, Vol. 18, novembro de 2026 (Anexo A). A elaboração desta revisão permitiu o desenvolvimento de competências ao nível da pesquisa, análise crítica e integração da evidência científica na prática clínica, nomeadamente no que se refere à valorização de intervenções não farmacológicas na gestão da dor e promoção do conforto, enquadrando-se no âmbito do presente trabalho.

c) Capacitar o enfermeiro como elemento integrante e dinamizador da enfermagem de uma forma proativa em equipas e projetos ⁵⁰;

Este objetivo foi desenvolvido através da integração como elemento ativo na equipa de enfermagem nos diversos contextos clínicos e na dinamização de estratégias de partilha de conhecimento. Neste âmbito, foram realizadas sessões de formação em serviço dirigidas à equipa de enfermagem, bem como a elaboração de pósters e folhetos informativos, que serão descritos posteriormente, contribuindo para a atualização de conhecimentos e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

d) Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada ⁵⁰;

Este objetivo foi desenvolvido através da participação em atividades formativas e científicas, bem como da produção e disseminação de conhecimento na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

- Elaboração de póster para o XXVI Congresso Nacional e X Internacional da APEO – **“Benefícios do contacto pele-a-pele no pós-parto de cesariana: intervenção do EEESMO”** (Apêndice II), sendo o respetivo comprovativo apresentado no Anexo B;

- Elaboração de póster para o 4.º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica da ULS Almada-Seixal – **“Impacto psicológico da perda gestacional no casal”** (Apêndice III), encontrando-se o respetivo comprovativo de apresentação no Anexo C.

- Participação no curso **“Aconselhamento em Aleitamento Materno”** (Anexo D);

- Participação no curso **“Formação Técnica do Rebozo”**, com a duração de 8 horas (Anexo E), para o qual elaborei uma análise SWOT (Apêndice IV). A realização desta formação revelou-se particularmente pertinente, uma vez que o rebozo constitui o tema central do presente relatório, permitindo aprofundar conhecimentos e desenvolver competências para a sua aplicação em contexto clínico;

- Elaboração de póster para as XVIII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – **“O Rebozo no Ciclo Gravídico-Puerperal”** (Apêndice V), encontrando-se o respetivo comprovativo no Anexo F;

- Participação no webinar **“Centro de Parto Normal: o que é e o que não é!”** (Anexo G);

- Participação no webinar **“Desafios éticos e legais em EEESMO: implicações e boas práticas”** (Anexo H);

- Participação no webinar **“Planear o pós-parto para uma experiência positiva de puerpério em Portugal e no Brasil”** (Anexo I);

- Participação nas XVIII Jornadas Internacionais de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Anexo J);

- Participação no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem (Anexo K);

Paragrafo- Participação na formação **“Anatomia Funcional do Parto Fisiológico em Hospital”**, com a formadora Núria Vives com a duração de 21 horas (Anexo L) para a qual elaborei uma análise SWOT (Apêndice VI).

Seguidamente, será realizada uma descrição e análise crítica, fundamentada, das atividades desenvolvidas ao longo dos ECs, de forma a dar resposta aos objetivos definidos no PIF, estabelecendo paralelismos entre as mesmas e as competências adquiridas.

Para facilitar a análise e compreensão, este capítulo foi dividido em vários subcapítulos, consoante a valência onde realizei o EC. Assim sendo, primeiramente será abordada a valência BP, seguida de: Internamento de Puérperas, Internamento de Grávidas, Exames na Gravidez de Alto Risco, Exames Especiais de Ginecologia e por último, Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Importa referir que, para além dos objetivos específicos definidos para cada contexto clínico, foi identificado um objetivo transversal às várias valências, que se revelou essencial para a integração e adaptação aos diferentes serviços.

Objetivo específico transversal às várias valências: Conhecer a dinâmica funcional e organizacional do serviço

Este objetivo foi alcançado nas primeiras semanas de estágio, através da exploração do espaço físico, da consulta de protocolos e normas de procedimento existentes, bem como da interação com as supervisoras clínicas e restantes elementos das equipas multidisciplinares, o que permitiu compreender a dinâmica funcional e organizacional dos diferentes serviços.

A leitura e análise dos protocolos institucionais possibilitaram uma melhor compreensão das práticas implementadas, enquanto o acompanhamento dos profissionais no contexto clínico facilitou a adaptação ao funcionamento dos serviços e à prestação de cuidados.

Importa referir que, no contexto do BP, já existia articulação prévia com o serviço de internamento de puérperas e de grávidas, o que permitiu o contacto antecipado com algumas rotinas e procedimentos, facilitando o processo de integração e promovendo uma adaptação mais célere ao contexto clínico.

III. 1. Bloco de Partos e Urgência Obstétrica

O EC em contexto de BP e Serviço de Urgência Obstétrica (SUO) foi realizado no período compreendido entre o dia 27 de fevereiro de 2025 e o dia 16 de julho de 2025, com um total de 508 horas concretizadas ao longo de 19 semanas.

III. 1. 1. Contextualização do Serviço: Bloco de Partos e Urgência Obstétrica

O contexto de BP e SUO, inserido na Unidade Curricular de Estágio Profissional com Relatório, foi realizado num hospital da Grande Lisboa que abrange a população de dois grandes concelhos, dando assim resposta a cerca de 350 mil habitantes ⁵¹. De acordo com os censos realizados em 2021 ⁵², o município onde está inserida esta unidade hospital, encontra-se entre os primeiros dez municípios com maior densidade populacional de Portugal.

O crescente desenvolvimento e diferenciação desta unidade hospitalar fazem com que algumas valências deem resposta a uma população mais alargada do que a supracitada, uma vez que abrange outros concelhos do território continental como é o caso do serviço de Neonatologia. O serviço de obstetrícia é também considerado um serviço de referência para algumas regiões do país e ilhas, oferecendo cuidados perinatais diferenciados. Este foi creditado em 2005 pela UNICEF como Hospital Amigo dos Bebés e é creditado anualmente pelo sistema CHKS, garantindo a qualidade e excelência dos serviços de saúde prestados ⁵³.

Atualmente, o hospital conta uma lotação de cerca de 590 camas e dispõe de aproximadamente 2900 colaboradores ⁵¹.

No serviço de BP e SUO deste hospital trabalham atualmente cerca de 40 EEESMOs, 6 Enfermeiros Generalistas (3 dos quais, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica) e 17 Técnicas Auxiliares de Saúde, distribuídos por 5 equipas. O número mínimo para prestação de cuidados de qualidade no

serviço é de 5 enfermeiros (mínimo de 3 EEESMOs) no BP e 2 EEESMOs no SUO, por turno.

No que respeita à equipa médica, observam-se graves lacunas ao nível dos recursos humanos, com impacto direto na operacionalidade do serviço. A escassez de médicos especialistas em ginecologia e obstetrícia tem conduzido, por diversas vezes, ao encerramento temporário do BP. Atualmente, o serviço conta com apenas 6 médicos especialistas e cerca de 10 médicos internos da especialidade, sendo frequentemente necessário recorrer a profissionais em regime de prestação de serviços. Importa referir que este serviço atua no âmbito do programa “Ligue antes, salve vidas”, deixando, por isso, de funcionar como urgência aberta à comunidade ⁵⁴.

Relativamente ao espaço físico, o SUO possui 1 sala de triagem/ sala de tratamentos, 1 sala de cardiotocografia, 4 gabinetes de observação, um SO com 2 camas e um BO de pequena cirurgia. O BP é constituído por 8 salas de parto individuais, um recobro com capacidade para 2 camas, 2 blocos operatórios, 1 berçário onde podem ser prestados cuidados a RN que careçam (ou não) de reanimação neonatal e 2 casas de banho com duche para servir as parturientes. Existe ainda, 1 incubadora de transporte para RN. A zona central do BP, possui 1 monitor onde é possível visualizar, em simultâneo, todos os traçados cardiotocográficos das grávidas internadas neste serviço.

A equipa de EEESMO do BP realiza também a consulta de plano de parto nesta unidade e, por se tratar de uma equipa muito dinâmica e proativa, encontra-se envolvida em vários projetos.

III. 1. 2. Diagnóstico de Situação

No início do meu EC no BP, comecei por observar a prática dos EEESMO, com particular atenção à eventual utilização do rebozo como estratégia de promoção do conforto da mulher ao longo do TP. Constatei que cada quarto dispunha de um rebozo suspenso no teto, o que poderia potencializar a sua utilização.

No entanto, através de conversas informais com os enfermeiros, deparei-me com o facto de apenas um número muito reduzido de EEESMOs a utilizar o rebozo. As razões apontadas prendiam-se, sobretudo, com a falta de conhecimento sobre as diferentes

técnicas de aplicação e com o desconhecimento dos seus benefícios, nomeadamente no alívio da dor e promoção do conforto da parturiente. Apesar disso, verificou-se que os EEESMOs se mostraram recetivos a aprofundar conhecimentos esta temática.

Neste enquadramento, apresentei à minha supervisora clínica os objetivos do meu PIF para este contexto, sendo a proposta de valorização de um “novo” método não farmacológico e a promoção do conforto da parturiente acolhidas com entusiasmo. Trata-se de uma equipa dinâmica, empenhada na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e com forte envolvimento em projetos inovadores, o que contribuiu para que esta iniciativa fosse bem recebida.

III. 1. 3. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas

O EC na valência de BP teve como principais objetivos: prestar cuidados de enfermagem especializados à parturiente e família ao longo dos quatro estádios do TP, participar em partos distócicos e prestar cuidados de enfermagem especializados à puérpera, ao RN e à família ⁵⁵.

Estes objetivos foram alcançados através da prestação de cuidados de enfermagem especializados, de qualidade, baseados na melhor evidência científica permitindo que a mulher, o RN e a família tivessem acesso a um parto humanizado, respeitando a dignidade e os direitos de cada indivíduo e assegurando a prestação de cuidados de excelência, que promovam não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional e psicológico durante este momento tão especial.

Neste sentido, as intervenções desenvolvidas durante o EC foram analisadas à luz da **competência 3 – “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto”** ¹⁷, a qual integra os diferentes critérios de avaliação que orientaram a minha prestação de cuidados no BP, sendo que considero que esta, foi amplamente atingida ao longo do meu EC.

No que respeita à **competência 3.1 – “Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina”** ¹⁷, a assistência a 43 partos eutócicos permitiu atuar de acordo com o plano de parto

estabelecido com a mulher, assegurando intervenções de qualidade e risco controlado, dando resposta à **competência 3.1.1 – “Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado”**¹⁷.

A participação ativa em todo o processo do TP possibilitou garantir um ambiente seguro durante o TP e parto, como preconizado na **competência 3.1.2 – “Garante um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto”**¹⁷. Durante o acompanhamento das 94 mulheres em TP, foram concebidas e implementadas intervenções promotoras do conforto e bem-estar materno, como incentivo à mobilidade, técnicas de respiração e controlo não farmacológico da dor, vão ao encontro do preconizado na **competência 3.1.3 – “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos”**¹⁷. A promoção da vinculação da tríade (mãe/ pessoa significativa/ RN) foi realizada nos 45 RN a quem prestei cuidados imediatos, através do contacto pele-a-pele imediato e do envolvimento da pessoa significativa, tal como é preconizado na **competência 3.1.4 – “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos”**¹⁷.

Neste seguimento, o aleitamento materno na primeira hora de vida do RN foi promovido sempre que as condições clínicas da puérpera/ RN assim o permitiam e fosse esse o seu desejo, com base na **competência 3.1.5 – “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno”**¹⁷. Ao longo da minha prestação de cuidados de enfermagem especializados, colaborei com a equipa de anestesiologia na gestão da dor durante o TP, nomeadamente na referenciação para analgesia loco-regional e na vigilância da sua eficácia e segurança, como previsto na **competência 3.1.6 – “Coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor”**¹⁷.

A **competência 3.2 – “Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido”**¹⁷ foi atingida através de exames pré-natais, cervicometrias e análise de cardiotocografia, que possibilitaram identificar e monitorizar a evolução do TP e o bem-estar fetal, dando resposta ao preconizado na **competência 3.2.1 – “Identifica e monitoriza trabalho de parto”**¹⁷ e na **competência 3.2.2 –**

“Identifica e monitoriza o risco materno -fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”¹⁷.

A identificação de desvios ao padrão normal da evolução do TP, nomeadamente em situações que culminaram em 12 partos distócicos (6 cesarianas e 6 partos por ventosa), permitiu dar resposta à **competência 3.2.3 – “Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”¹⁷**. A promoção da liberdade de movimentos da grávida, através da adoção de posições facilitadoras da progressão do TP e do parto fisiológico deram resposta ao preconizado na **competência 3.2.4 – “Avalia e determina a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto”¹⁷**, na **competência 3.2.5 – “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto”¹⁷** e na **competência 3.2.6 – “Aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica”¹⁷**.

A prestação de cuidados imediatos a 45 RN de termo e 1 RN pré-termo, com implementação de medidas de suporte facilitadoras da adaptação à vida extrauterina, deram resposta à **competência 3.2.7 – “Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra uterina”¹⁷** e à **competência 3.2.8 – “Assegura reanimação do recém-nascido em situação de emergência”¹⁷**.

A **competência 3.3 – “Presta cuidados à mulher com patologia associada ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto”¹⁷** foi concretizada através da prestação de cuidados de enfermagem especializados a 21 grávidas de risco, proporcionando apoio emocional à mulher e à sua família ao longo do TP, em conformidade com a **competência 3.3.1 – “Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos”¹⁷** e com a **competência 3.3.2 – “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto”¹⁷**.

A realização de 30 perineorrafias (21 de grau I e 9 de grau II), associada à avaliação sistemática da integridade do canal de parto, permitiu dar resposta ao

preconizado na **competência 3.3.4 – “Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”** ¹⁷.

Para além do desenvolvimento de competências específicas do EEESMO, estas experiências permitiram reforçar a importância da abordagem centrada na mulher e na família, reconhecendo o parto como um momento singular que exige cuidados humanizados e individualizados.

O parto constitui um acontecimento único na vida de um casal e quando prestamos cuidados à parturiente/ família, devendo ser considerado como premissa, pois o nível de experiência que este acontecimento lhe traz, irá impactar positiva ou negativamente o resto da sua vida. O parto deve ser encarado como um acontecimento fisiológico fomentando as escolhas de cada mulher, mantendo por base o respeito e a empatia por cada uma delas bem como, pela sua família ⁵⁶⁻⁵⁸. Ao longo do EC, foi possível constatar que concomitantemente com a abordagem do parto como sendo algo fisiológico, devemos manter sempre uma abordagem humanizada pois assim, conseguimos garantir que a mulher se sinta apoiada e respeitada ao longo de todo o processo.

Estes cuidados, vão ao encontro do preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), quando refere que a mulher deve ter uma experiência de parto positiva. Para que tal aconteça, é importante manter sempre o respeito, proporcionar tomadas de decisões informadas e esclarecidas promovendo sempre a autonomia da parturiente e da sua família. As intervenções devem ser realizadas apenas quando necessário, sempre em prole do bem-estar da mulher e baseadas na melhor evidência científica ¹.

Seguidamente, farei uma análise individual de cada objetivo específico definido no meu PIF, especificando as atividades desenvolvidas para a sua concretização e identificando as competências adquiridas no âmbito de cada um desses objetivos. Será ainda delineado um objetivo adicional que emergiu ao longo do meu EC, decorrente das oportunidades de aprendizagem que surgiram durante a prática.

Objetivo específico 1: Promover o conforto da mulher ao longo dos vários estádios do trabalho de parto, através da utilização do rebozo

Promover o conforto da mulher ao longo dos vários estádios do TP é fundamental na prestação de cuidados do EEESMO, assente numa perspetiva humanizada e centrada na mulher e no acompanhante. Em contexto hospitalar, particularmente no BP, garantir o conforto da parturiente é uma prioridade dos cuidados prestados pelo EEESMO, enquadrando-se na **competência 3.1.2 – “Garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto”** ¹⁷, através da criação de um ambiente que favoreça a tranquilidade, o apoio emocional e o respeito pelas escolhas da mulher.

Quando aplicado ao TP, o conceito de conforto compreende não apenas o controlo da dor, mas também o apoio emocional, o respeito pelas escolhas informadas da mulher, o envolvimento do acompanhante e a criação de um ambiente seguro e calmo. Esta perspetiva, vai ao encontro dos princípios da teoria do conforto, que refere que o conforto é atingido quando há uma resposta adequada às necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, social e ambiental do ser humano ^{10,30}.

Tendo como objetivo a promoção do conforto da parturiente durante o TP, foi elaborado um folheto informativo destinado a grávidas e acompanhantes, contendo informação clara, estruturada e baseada em evidência científica sobre a utilização do rebozo como medida de conforto – *“Rebozo: o segredo do conforto na maternidade”* (Apêndice VII). Este folheto informativo, integra conteúdos como a definição de rebozo, os benefícios da sua aplicação durante o TP, quem pode aplicar o rebozo, as melhores posições para a sua aplicação, com recurso a imagens ilustrativas das diferentes técnicas e respetivos objetivos, bem como algumas premissas para a aplicação desta massagem.

Materiais escritos, como o folheto informativo, baseados na melhor evidência científica, revelam-se eficazes na melhoria da literacia em saúde, promovendo uma maior adesão às práticas recomendadas e facilitando a compreensão da técnica, contribuindo para o empoderamento e confiança da grávida e acompanhante, reduzindo a ansiedade e o medo inerentes a esta fase ^{59,60}. Esta ação enquadra-se na **competência 3.1.3 – “Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos”** ¹⁷.

Ao longo do EC, foram distribuídos os folhetos informativos às parturientes e acompanhantes. Embora a adesão aos folhetos informativos tenha sido, de um modo geral, satisfatória, tendo sido maioritariamente acedidos através da leitura de um QR code,

considere que este formato não se revelou totalmente prático, uma vez que exigia o uso do telemóvel ou o recurso ao suporte em papel. Em contexto de sala de partos, dadas as características e exigências do ambiente, o acesso a este tipo de recurso mostrou-se por vezes, limitado e pouco facilitado.

Com vista a assegurar intervenções eficazes e adaptadas à evolução do TP, promovendo o conforto da parturiente, foram aplicadas diversas técnicas de aplicação do rebozo como previsto na **competência 3.2.5 – “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto”**¹⁷. Observou-se que, de forma consistente, as mulheres manifestaram maior alívio e sensação de relaxamento quando a massagem foi aplicada ao nível da região lombar e pélvica.

A resposta positiva das grávidas face à aplicação do rebozo reforça a sua utilidade enquanto estratégia não farmacológica eficaz para a promoção do conforto e alívio da dor, contribuindo simultaneamente para o bem-estar físico e emocional durante os vários estádios do TP, em concordância com a evidência científica disponível sobre a utilização do rebozo como intervenção não farmacológica promotora do conforto da parturiente^{4,6,45,46}.

A monitorização contínua das respostas da parturiente às intervenções realizadas, permitiu uma avaliação contínua das mesmas e, simultaneamente, a identificação de situações que se pudessem desviar da normalidade. Sempre que tal ocorreu, foi referenciado, por ultrapassar a área de atuação do EEESMO, conforme estabelecido na **competência 3.2.3 – “Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”**¹⁷.

Objetivo específico 2: Empoderar a equipa de enfermagem sobre os benefícios da utilização do rebozo, bem como as diferentes técnicas que podem ser utilizadas

No início do EC na sala de partos, realizei uma conversa informal com a minha Supervisora Clínica e com o Enfermeiro Gestor do serviço, com o objetivo de dar a conhecer os meus objetivos específicos de aprendizagem e validar a pertinência da

temática escolhida – a utilização do rebozo como medida promotora do conforto durante o TP.

Com o intuito de perceber o grau de motivação e interesse da equipa de EEESMO relativamente a esta temática, fui estabelecendo conversas informais que me permitiram constatar um interesse generalizado e uma motivação significativa por parte dos profissionais, traduzindo-se em múltiplas questões colocadas espontaneamente ao longo do estágio, demonstrando curiosidade e vontade de aprofundar conhecimentos sobre a aplicação do rebozo. Esta iniciativa vai ao encontro do preconizado na **competência D.2.1.2 – “Diagnosticar necessidades formativas”**¹⁹, ao evidenciar a identificação de interesses e necessidades formativas da equipa através da escuta ativa e da observação.

Face à receptividade demonstrada pela equipa de enfermagem e ao interesse manifestado pelos profissionais, surgiu a proposta de realizar uma formação em serviço no BP, com o objetivo de partilhar com a equipa de enfermagem informação sobre a utilização do rebozo como método promotor de conforto na grávida em TP e incentivar o uso do rebozo como intervenção autónoma do EEESMO - **competência 3.1.6 – “Coopera com outros profissionais para implementar intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor”**¹⁷.

Este serviço, revela-se particularmente facilitador neste domínio, uma vez que dispõe, de forma estruturada e contínua, de duas manhãs mensais dedicadas à formação em serviço, com exceção do mês de agosto, permitindo a participação de todos os enfermeiros do BP, organizados em dois grupos.

A formação em serviço, conforme evidenciado na literatura, constitui uma prática essencial para o desenvolvimento profissional, permitindo a reflexão crítica sobre a experiência quotidiana e a construção coletiva de conhecimentos. A partilha de conhecimentos contribui para a melhoria da prática clínica, para a uniformização dos cuidados e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, promovendo assim práticas mais seguras, eficazes e centradas na mulher. Contudo, o impacto da formação depende de diversos fatores, sendo que a principal é a motivação de cada um dos profissionais⁶¹⁻⁶³.

O colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica reconhece a formação em serviço como alicerce estratégico para garantir cuidados seguros, eficazes e centrados

na mulher, na família e na comunidade, sendo estes essenciais para a promoção da excelência nos cuidados de saúde materna e obstétrica. A OE, no seu Plano de Atividades e Orçamento para o ano de 2024, também destaca a formação contínua como pilar da valorização da profissão e incentiva a criação de momentos de partilha estruturados como a formação em serviço ^{7,64}.

A proposta da partilha de conhecimentos para com a equipa de enfermagem foi muito bem aceite pela EEESMO responsável pela formação em serviço, uma vez que reconheceu a pertinência do tema e a sua aplicabilidade no contexto de BP.

Assim, a sessão formativa destinada à equipa de enfermagem decorreu nos dias 14 e 16 de maio de 2025, tendo sido estruturada em dois momentos distintos: um componente teórico e outro prático, com a duração aproximada de uma hora por sessão. Para tal, elaborei previamente uma apresentação digital (Apêndice VIII) e um plano de sessão (Apêndice IX), com vista à organização da formação. A dinamização desta formação permitiu-me também exercer a **competência D 2.1.1 – “Atuar, enquanto formador de conteúdo oportuno em contexto de trabalho”** ¹⁹, transmitindo conteúdos pertinentes e orientados para a prática clínica baseada na evidência.

Com o objetivo de avaliar a formação em serviço dirigida aos enfermeiros do BP, foi solicitada uma avaliação da sessão, elaborada na plataforma *Google Forms* no final da sessão (Apêndice X). A avaliação foi disponibilizada em formato digital, sendo acedida pelos participantes através da leitura de um *QR code*. Este instrumento, permitiu recolher informações sobre a perceção dos profissionais relativamente à pertinência do tema, ao meu desempenho, à qualidade dos conteúdos, à adequação dos recursos pedagógicos e à aplicabilidade prática dos conhecimentos adquiridos.

Em seguida, será feita uma breve análise dos dados recolhidos com a avaliação da sessão, com o objetivo de verificar a eficácia da formação e identificar oportunidades de melhoria para futuras intervenções formativas.

Quanto à pertinência do tema abordado, os resultados foram amplamente positivos: 86% dos participantes classificaram o tema como “*muito pertinente*”, enquanto 14% o consideraram “*pertinente*”; Relativamente ao meu desempenho, os dados indicam uma avaliação igualmente elevada, com 79,1% dos inquiridos a classificarem a atuação como “*excelente*” e 16,3% como “*muito boa*”; No que respeita à adequação dos recursos

pedagógicos utilizados, 86% dos participantes consideraram-nos “ *muito adequados* ” e 14% “ *adequados* ”; A organização dos conteúdos apresentados também foi valorizada, com 76,7% a classificarem-na como “ *excelente* ” e 23,3% como “ *muito boa* ”; No que se refere à importância da formação para a prática profissional, 75% dos enfermeiros consideraram a apresentação do conteúdo “ *muito pertinente* ” e 25% “ *pertinente* ”; Por fim, face à intenção de aplicação do rebozo na prática clínica, observa-se um elevado interesse na implementação da técnica: 56,1% afirmaram que ponderam utilizá-la “ *com frequência* ”, 19,5% “ *pontualmente* ” e outros 19,5% referiram que “ *talvez a utilizem* ”, necessitando ainda de maior confiança na sua aplicação. Apenas um participante (2,4%) indicou que não pretende utilizar o rebozo. Estes dados, evidenciam o interesse dos enfermeiros em relação à utilização do rebozo como método promotor do conforto na mulher em TP e podem ser analisados sob a forma de gráfico no Apêndice XI.

O entusiasmo da equipa de enfermagem manifestou-se também de forma informal e espontânea após a formação. Em diversas ocasiões, fui solicitada a aplicar massagem com o rebozo a grávidas que não estavam sob a minha responsabilidade direta, com o objetivo de permitir à equipa a observação dos efeitos que esta técnica proporcionava às parturientes. Estas atitudes revelaram, por parte dos EEESMO, uma forte curiosidade e desejo de colocarem em prática o que foi transmitido na formação em serviço.

Objetivo específico 3: Envolver o acompanhante na aplicação do rebozo

A presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante o TP traz inúmeros benefícios e encontra-se amplamente sustentada pela evidência científica. De acordo com a OMS, o acompanhamento contínuo por uma pessoa de confiança da parturiente é considerado uma intervenção eficaz, que acarreta imensos benefícios tanto a nível físico como emocional, possibilitando ainda melhorar a experiência do parto e respeitando simultaneamente os direitos humanos das mulheres ^{1,65,66}.

O direito da mulher a estar acompanhada durante os vários estadios do TP está legalmente consagrado em Portugal desde 2014, através do artigo 12 da Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que regula a presença de acompanhantes nas unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Esta legislação garante à mulher grávida o direito de ser acompanhada por uma pessoa da sua livre escolha, reforçando o princípio do respeito pela autonomia, dignidade e centralidade da mulher no processo de nascimento ⁶⁷. Neste

serviço é permitido que a parturiente tenha até três acompanhantes distintos, podendo permanecer apenas um de cada vez.

Quando o acompanhante não só está presente, mas também está envolvido ativamente nos cuidados, favorece o bem-estar físico e emocional da mulher, pois transmite confiança e segurança e apoio contínuo. Esta participação ativa, também influencia diretamente a fisiologia do TP, pois potencia a liberação de ocitocina endógena, promovendo um ambiente propício à progressão do TP. Concomitantemente, a literatura descreve uma redução da duração do TP, menor necessidade de analgesia farmacológica e níveis mais elevados de satisfação materna ^{12,55-58}.

Ao longo do EC, observei esses benefícios, particularmente quando o rebozo era aplicado pelo acompanhante da grávida. Era visível a forma como a mulher ia ficando mais tranquila, manifestando-se pelas expressões faciais, as posturas corporais e as suas verbalizações de alívio. Ao mesmo tempo, à medida que os acompanhantes percebiam que a sua intervenção estava a causar um impacto positivo, tornavam-se mais motivados e envolvidos nos cuidados.

Para além da divulgação do folheto informativo por mim desenvolvido, elaborei um recurso didático composto por molduras de pequenas dimensões que contêm fotografias ilustrativas das posições em que pode ser utilizado o rebozo na mulher ao longo o TP (Apêndice XII). Este instrumento teve como objetivo facilitar a adoção das posições ilustradas, promovendo a autonomia da mulher e do acompanhante na utilização desta técnica. No entanto, a aplicação das posições era sempre supervisionada por mim, sendo realizados ajustes sempre que necessário, sobretudo ao nível da tensão aplicada e do posicionamento do rebozo, garantindo não só o conforto da parturiente, mas também o conforto de quem o aplicava.

Tanto o envolvimento do acompanhante, como a elaboração e utilização do recurso didático desenvolvido pretenderam promover não só o conforto da parturiente, mas também envolver ativamente o acompanhante nos cuidados, respeitando sempre a individualidade e as necessidades específicas tanto da grávida como do acompanhante. Estas ações vão de encontro ao preconizado na **competência 3.1.3 – “Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos”** ¹⁷.

Objetivo adicional: Observar e participar nas consultas de plano de parto conduzidas por EEESMO do Bloco de Partos

O plano de parto é um documento elaborado pela mulher grávida, idealmente em articulação com os profissionais de saúde, onde são expressas as suas preferências, expectativas e escolhas informadas relativamente ao TP, parto e período pós-parto, tendo em conta diversos fatores, nomeadamente fatores clínicos, psicológicos, culturais e sociais, que possam vir a influenciar o parto ou o puerpério. Este instrumento, visa reforçar a autonomia e o protagonismo da mulher que vivencia o parto, assegurando cuidados individualizados, baseados no respeito e na dignidade humana ^{1,68-71}.

Apesar de não constar inicialmente nos objetivos definidos para este EC, tive a oportunidade de assistir e participar em consultas de plano de parto. Estas consultas são, na maioria das vezes, realizadas por duas EEESMOs.

Ao longo da consulta, são desmistificadas crenças associadas ao TP e é explicado, de forma clara e personalizada, para aquela grávida e acompanhante, a organização e dinâmica do BP. É também abordada a dinâmica do serviço de urgência, serviço de internamento de grávidas e puerpério. A relação empática construída com a grávida favorece a partilha de dúvidas, receios e expectativas, tanto da mulher como do seu acompanhante, criando um ambiente de confiança e diálogo aberto. Esta atuação está em plena consonância com as recomendações internacionais que defendem a utilização do plano de parto como um meio para fomentar a autonomia da mulher, reforçar a tomada de decisão informada e contribuir para uma experiência de parto positiva ^{1,68}.

A evidência científica recente reforça que o plano de parto está associado a uma maior perceção de controlo sobre o parto e a uma maior satisfação com a experiência vivida. Contudo, é necessário alertar a grávida e o seu acompanhante para a possibilidade de serem necessárias alterações ao plano inicialmente definido, sublinhando a importância de alguma flexibilidade, uma vez que expectativas não cumpridas podem ter impacto emocional negativo. Assim, é fundamental que o EEESMO, para além das competências técnicas, seja dotado de competências relacionais que lhe permitam ajustar as expectativas do casal às eventuais contingências clínicas, assegurando sempre uma comunicação empática ⁶⁸⁻⁷¹.

Nas consultas que observei, o EEESMO discutia o plano de parto previamente enviado pela mulher, analisando ponto por ponto as suas preferências, desde métodos de alívio da dor, posições para o TP, acompanhamento da pessoa significativa, até às opções relacionadas com o pós-parto e aleitamento materno. Estes momentos revelaram-se uma oportunidade de educação para a saúde e clarificação de alguns procedimentos, permitindo não só alinhar expectativas com a realidade do serviço, mas também promover segurança emocional e confiança na equipa de saúde.

A experiência de ter participado nestas consultas foi extremamente enriquecedora, do ponto de vista não só académico, mas também profissional. Pude testemunhar como o plano de parto se configura como um verdadeiro veículo para empoderar a mulher, promovendo a sua participação ativa nas decisões sobre o seu parto, e como o papel do EEESMO é determinante para transformar esta ferramenta num instrumento de humanização dos cuidados e de promoção da saúde materna. Esta atuação do EEESMO, está alinhada com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que enfatizam a competência técnica, a prática baseada na evidência e, sobretudo, o reconhecimento da mulher como protagonista do seu parto, respeitando a sua autonomia, valores e escolhas pessoais ^{1,7,71}.

Foi também muito positivo o facto de, posteriormente, ter tido oportunidade de prestar cuidados em contexto de BP a algumas das mulheres que já tinha acompanhado nas consultas de plano de parto, o que facilitou a relação de confiança, uma vez que as utentes já me conheciam e se sentiam seguras com a minha presença. Ao longo do EC, assisti a um total de 17 consultas de plano de parto, procurando manter sempre uma postura pró-ativa e participativa. Durante essas consultas, fui também introduzindo, sempre que possível e adequado, o uso do rebozo como método promotor de conforto, uma técnica que despertou curiosidade e interesse por parte das grávidas.

A participação ativa nestas consultas permitiu-me desenvolver progressivamente a **competência 2.1.10 – “Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão”** ¹⁷.

III. 2. Serviço de Internamento de Puérperas

O EC no serviço de internamento de puérperas foi realizado no período compreendido entre o dia 19 de setembro de 2025 e o dia 24 de outubro de 2025, com um total de 139 horas concretizadas ao longo de 5 semanas.

III. 2. 1. Contextualização do Serviço: Serviço de Internamento de Puérperas

O serviço de internamento de puérperas encontra-se integrado no mesmo hospital da Grande Lisboa onde decorreu o EC na valência de BP, pertencendo ambos ao mesmo departamento de saúde materna e obstétrica. Assim, apresenta uma organização e dinâmica assistencial articuladas, assegurando a continuidade dos cuidados no ciclo gravídico-puerperal.

O serviço dispõe de um total de 31 camas, distribuídas da seguinte forma: os quartos 1 a 9 são triplos; o quarto 10 possui duas camas e casa de banho privativa, sendo muitas vezes utilizado para o internamento de puérperas em isolamento de contacto; e os quartos 11 e 12 são de ocupação individual. O serviço conta ainda com 2 casas de banho destinadas às utentes, ambas equipadas com chuveiro, 1 sala de trabalho, 1 sala de sujos, 2 casas de banho para uso exclusivo dos profissionais, 1 gabinete da chefia e 1 copa de apoio.

A equipa de enfermagem é constituída por 19 enfermeiros de cuidados gerais e 2 EEESMOs. Existe ainda, 1 EEESMO coordenadora, 1 enfermeira gestora e 1 EEESMO responsável pela coordenação e implementação do projeto Alta EEESMO.

O serviço integra o projeto de Alta EEESMO, no âmbito do qual o EEESMO assume um papel ativo na preparação da alta da puérpera de baixo risco. Este processo inicia-se durante o internamento, através da avaliação sistemática de critérios clínicos, físicos e emocionais da mulher e do RN, garantindo a sua estabilidade e autonomia para o regresso a casa. Para além da preparação da alta, o EEESMO assegura a continuidade de cuidados após a saída hospitalar, através de contactos telefónicos de seguimento, permitindo monitorizar o bem-estar materno, esclarecer dúvidas e apoiar a adaptação à parentalidade. Esta abordagem contribui para a promoção da segurança, qualidade e humanização dos cuidados prestados à mulher e família no período pós-parto.

Atualmente, o serviço enfrenta um desafio significativo ao nível dos recursos humanos, decorrente da ausência prolongada de 8 elementos. Esta situação tem conduzido a uma sobrecarga de trabalho e a um acentuado desgaste físico e emocional dos profissionais em exercício. Durante os turnos da manhã é, por vezes, possível assegurar a presença de 4 enfermeiros, contudo nos turnos da tarde e da noite a equipa é habitualmente composta por apenas 3 elementos para todo o serviço. De salientar que o serviço apresenta, na maioria dos dias, uma taxa de ocupação próxima da capacidade máxima, encontrando-se frequentemente com a lotação esgotada.

A equipa de técnicas auxiliares de saúde é composta por 11 profissionais, estando garantida a presença de 2 em cada turno, assegurando também, o apoio direto às necessidades das puérperas e RN.

O serviço conta ainda com a presença de outros profissionais da equipa multidisciplinar, cuja intervenção contribui para a prestação de cuidados integrados e coordenados. A equipa de pediatras realiza a triagem dos RN, supervisiona situações clínicas específicas e procede às altas médicas. A assistente social acompanha as utentes previamente sinalizadas pela equipa de enfermagem, garantindo o encaminhamento adequado de acordo com as necessidades sociais identificadas. A técnica de diagnóstico é responsável pela realização dos rastreios auditivos neonatais a todos os RN internados. Os obstetras observam as situações clínicas sinalizadas pela equipa de enfermagem e procedem à emissão das altas das puérperas. Existe ainda, 1 psicóloga, cuja intervenção visa o apoio emocional e a promoção do bem-estar psicológico das puérperas e famílias e, técnicas administrativas que asseguram a gestão logística e documental.

A equipa de enfermagem participa igualmente na dinamização dos Cursos de Preparação para o Parto e Nascimento e dos Cursos de Preparação para o Aleitamento Materno, promovidos pelo hospital, contribuindo para o reforço da literacia em saúde e para o desenvolvimento das competências parentais ao longo do período pré e pós-natal.

III. 2. 2. Diagnóstico da Situação

Aquando da minha chegada ao serviço de internamento de puérperas, procurei conhecer o funcionamento da equipa e os cuidados prestados à mulher/RN e família no período pós-parto.

Durante as minhas interações informais com a equipa de enfermagem, procurei perceber o nível de conhecimento em relação ao rebozo, uma vez que, de acordo com a evidência, esta técnica pode ser aplicada no puerpério e apresenta muitos benefícios tanto para a mãe como para o RN.

Verifiquei que a maioria dos profissionais não conhecia a técnica e que aqueles que a conheciam consideravam que a sua aplicação se restringia ao TP. Nenhum dos elementos com quem interagi, referiu ter conhecimento da possibilidade de aplicar o rebozo no puerpério, nem dos potenciais benefícios associados a esta prática.

Constatei assim, uma lacuna formativa no que respeita à aplicação do rebozo no período pós-parto. Perante esta realidade, falei com a minha supervisora clínica e com a EEESMO responsável pela formação sobre os meus objetivos relacionados com a utilização do rebozo no puerpério. A temática foi bem recebida, demonstrando abertura para a integração de novas práticas sustentadas na evidência científica e orientadas para o bem-estar materno.

III. 2. 3. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas e de Mestre

O EC na valência de serviço de internamento de puérperas teve como principais objetivos: prestar cuidados de enfermagem especializados à puérpera e família; prestar cuidados ao RN saudável e/ ou com necessidades especiais; e promover estratégias ambientais para a promoção do desenvolvimento do neonato ⁵⁵.

Estes objetivos foram alcançados através da prestação de cuidados de enfermagem especializados, de qualidade e baseados na melhor evidência científica, assegurando uma intervenção centrada na mulher, no RN e na família. As intervenções de enfermagem desenvolvidas tiveram como objetivo promover uma adaptação saudável ao puerpério, facilitando a transição para a parentalidade e apoiando o estabelecimento de vínculos afetivos e seguros. Desta forma, procurei contribuir para que esta nova fase de vida,

marcada pelo início de uma nova dinâmica familiar, decorresse de forma equilibrada, promovendo o bem-estar físico, emocional e psicológico da díade mãe-bebê e do núcleo familiar.

O período após o parto, designado puerpério, corresponde à etapa que se inicia após a dequitação e se prolonga até aproximadamente seis semanas após o parto. Durante este tempo, o corpo da mulher recupera progressivamente o estado em que estava antes da gestação em termos anatômicos, fisiológicos e hormonais. Nesta nova etapa, ocorrem diversas alterações, sendo necessária uma vigilância contínua da mulher, do RN e da família ^{36,72}.

Durante o EC, tive ainda oportunidade de participar no projeto de altas realizadas por EEESMO, tendo colaborado na preparação de alta de 9 puérperas de baixo risco, de acordo com o protocolo institucional em vigor no serviço. Esta experiência, permitiu-me desenvolver competências ao nível da avaliação do estado de saúde da puérpera e do RN, da identificação de critérios clínicos para alta e da preparação da mulher para o regresso ao domicílio, nomeadamente através da realização de educação para a saúde e da identificação de necessidades de acompanhamento. Esta intervenção, enquadra-se na **competência 4.2.3 – “Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”** ¹⁷, bem como na **competência 4.1.5 – “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto”** ¹⁷, contribuindo para a continuidade de cuidados e para a segurança materno-infantil após a alta hospitalar.

Em seguida, procedi à análise individual de cada um dos objetivos específicos do PIF, previamente elaborado, descrevendo as atividades desenvolvidas para a sua concretização e as competências adquiridas no âmbito de cada objetivo.

Objetivo específico 1: Empoderar a puérpera e acompanhante sobre os benefícios da utilização do rebozo no período pós-parto

A utilização do rebozo é muito falada no contexto da gravidez. Contudo, no puerpério, permanece ainda pouco explorada. Ainda assim, a sua aplicação pode proporcionar múltiplos benefícios à puérpera, nomeadamente ao nível do relaxamento, do bem-estar e da consciência corporal, contribuindo simultaneamente para a promoção

de práticas centradas na humanização do cuidado. A literatura evidencia que a massagem com rebozo pode aumentar o conforto e promover o relaxamento no período pós-parto ^{6,20,44,73,74}.

Durante o EC, tive oportunidade de aplicar a massagem com o rebozo a duas puérperas, garantindo o cumprimento das premissas recomendadas para a sua execução. Uma das orientações relacionadas com o ambiente envolve a utilização de música calma ao longo da intervenção. Assim, preparei o espaço com música ambiente. Contudo, por se tratar de quartos partilhados e na presença de vários RN, não foi possível alcançar o nível de silêncio desejado. Ainda assim, ambas as puérperas demonstraram capacidade de relaxamento, o que sugere a eficácia da técnica mesmo em contextos menos controlados ^{4,73,74}.

Primeiramente, expliquei à puérpera os benefícios da aplicação do rebozo. No entanto, considerei pertinente disponibilizar-lhe um recurso que pudesse consultar posteriormente. Para esse fim, elaborei um marcador de livros que ofereci às puérperas (Apêndice XIII). No marcador, incluí, numa primeira secção, a definição de puerpério, destacando-o como um período marcado por profundas adaptações físicas, emocionais e sociais. Seguidamente, apresentei a definição de rebozo, uma vez que as puérperas com quem tinha contactado anteriormente desconheciam este recurso. Mencionei também os principais benefícios associados à sua aplicação. Por fim, integrei várias imagens ilustrativas da técnica, de modo a facilitar a compreensão dos movimentos e favorecer a apropriação da informação pela puérpera ^{75,76}.

Para aplicar a técnica do rebozo, era fundamental que as puérperas se encontrassem tranquilas e recetivas à massagem. No entanto, considerando as exigências inerentes ao internamento no puerpério, ou seja, trata-se de um período marcado pelo estabelecimento da vinculação mãe/RN, pela adaptação aos novos cuidados e por toda uma organização emocional, reconheço que não foi simples garantir que a mulher conseguisse centrar-se exclusivamente em si e no seu bem-estar. Assim, tal como referido anteriormente, foi possível aplicar a massagem com rebozo a duas puérperas internadas no serviço ⁷⁷.

O feedback de ambas foi extremamente positivo. Após a realização da massagem completa com o rebozo, as duas puérperas adormeceram durante cerca de 45 minutos, o que sugere um elevado nível de relaxamento e a eficácia imediata da aplicação do rebozo.

Utilizei vários lençóis para garantir que, enquanto transitava de uma zona do corpo para a outra, a puérpera não tivesse necessidade de se mobilizar. Num momento posterior de reflexão conjunta, uma das puérperas referiu que, inicialmente, a técnica lhe pareceu “*estranha*”, mas que rapidamente começou a sentir-se “*profundamente relaxada*”. A outra descreveu-se como “*leve e relaxada*” após a massagem completa com o rebozo. Estas perceções reforçam o potencial da técnica enquanto intervenção promotora de conforto e bem-estar no puerpério.

Durante a aplicação de uma das massagens, procurei envolver o acompanhante no processo, uma vez que a sua participação pode favorecer o ambiente de apoio e reforçar a experiência de bem-estar da puérpera ^{4,6}. Contudo, o acompanhante manifestou preferência por ficar a cuidar do RN enquanto eu aplicava o rebozo à sua esposa.

A reflexão sobre estas experiências permitiu-me reconhecer o enquadramento da aplicação do rebozo na puérpera nas competências específicas do EEESMO. Por um lado, a conceção, planificação, implementação e avaliação, da massagem com rebozo, enquanto intervenção promotora de conforto, bem-estar e autocuidado no período pós-parto, insere-se diretamente na **competência 4.2.5 – “Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções que tenham como finalidade potenciar a saúde da mulher após o parto”** ¹⁷. Por outro lado, o foco no relaxamento, na recuperação física e emocional e no apoio à adaptação ao puerpério articula-se igualmente com a **competência 4.3.2 – “Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de recuperação após o parto”** ¹⁷. Assim, a utilização do rebozo, contribui para a humanização dos cuidados e para a melhoria da experiência da mulher no puerpério.

Objetivo específico 2: Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre a utilização do rebozo como método promotor do conforto para permitir uma melhoria contínua dos cuidados de enfermagem

A sensibilização da equipa de enfermagem para a utilização do rebozo assume particular relevância no contexto da promoção do conforto e da humanização dos cuidados no puerpério. Apesar de esta técnica ser amplamente reconhecida na gravidez e no TP, a sua aplicabilidade no período pós-parto permanece menos divulgada, o que

evidencia a necessidade de partilha de conhecimento e de integração de práticas baseadas na evidência no quotidiano clínico ⁷⁸.

Aquando da minha chegada ao serviço, conversei com a supervisora clínica sobre a possibilidade de desenvolver um póster informativo subordinado ao tema “*Rebozo: o conforto no puerpério*”. Foi-me solicitado que consultasse a EEESMO responsável pelo departamento de formação, a fim de avaliar a pertinência e utilidade dessa proposta para o serviço. Contudo, apercebi-me desde cedo de que o serviço não utilizava pósteres afixados, facto que me levou a refletir sobre a necessidade de criar um recurso que, além de estar alinhado com o meu projeto, tivesse também aplicabilidade prática para a equipa.

Os materiais educativos em saúde, como é o exemplo do folheto, desempenham um papel importante na promoção da literacia em saúde, permitindo consolidar a informação transmitida verbalmente, facilitam a memorização e promovem o empoderamento da pessoa ⁷⁹. Além disso, contribuem para a autonomia da mulher e da família, reforçando a continuidade dos cuidados no domicílio. Deste modo, foi-me sugerida a elaboração de um folheto díptico destinado às grávidas no curso de preparação para a parentalidade e às puérperas aquando da sua admissão.

Elaborei um folheto díptico intitulado “*Rebozo: o conforto no puerpério*”. Este folheto informativo, inclui uma definição sucinta de puerpério, seguida de uma explicação sobre o rebozo e os seus principais benefícios quando aplicado à puérpera. Integrei igualmente os benefícios associados à utilização do rebozo no RN, uma vez que esta técnica pode ser empregue na forma de *babywearing*, prática com impactos positivos tanto no bebé como na mãe. Para tornar o folheto visualmente apelativo e facilitar a compreensão, incluí diversas imagens ilustrativas, bem como um conjunto de premissas essenciais para a aplicação segura e eficaz do rebozo (Apêndice XIV).

Considereei importante abordar os benefícios da utilização do rebozo no RN, uma vez que o *babywearing* tem sido muito estudado como estratégia promotora de vinculação, regulação fisiológica e emocional, redução do choro e maior estabilidade no comportamento do bebé. Ao mesmo tempo, esta prática contribui para o bem-estar materno, pois reforça a confiança nos cuidados ao bebé, diminui a ansiedade e promove o aleitamento materno ⁸⁰⁻⁸². Assim, a inclusão desta informação no folheto reforça a importância do rebozo como recurso versátil e baseado na evidência, com aplicabilidade tanto no conforto da puérpera como na promoção da saúde e do desenvolvimento do RN,

enquadrando-se na **competência 4.2.5 – “Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções que potenciem a saúde da mulher após o parto”**¹⁷, e na **competência 4.3.2 – “Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de recuperação após o parto”**¹⁷, uma vez que o rebozo foi explorado como intervenção promotora de bem-estar, relaxamento e recuperação no puerpério.

Uma vez que, através das conversas informais que fui tendo com os diversos elementos da equipa de enfermagem, constatei que a maioria desconhecia a técnica do rebozo e, entre os que a conheciam, persistia a perceção de que esta seria aplicável apenas à mulher grávida, considerei pertinente realizar uma breve apresentação sobre o rebozo, os seus principais benefícios e o conteúdo do folheto informativo elaborado. Esta constatação decorreu de um processo de identificação sistemática das lacunas de conhecimento existentes no serviço, de acordo com a **competência D2.1.2 – “Diagnosticar necessidades formativas”**¹⁹, na **competência D2.1.4 – “Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros”**¹⁹ e na **competência D2.1.5 – “Avalia o impacto da formação”**¹⁹.

No entanto, face à falta de pessoal de enfermagem, marcada por constrangimentos relacionados com a ausência prolongada de vários enfermeiros por motivos de atestado médico, gerando sobrecarga de horários e de carga de trabalho, percebi que não seria oportuno realizar uma formação presencial. Senti que a equipa não estaria motivada ou disponível para participar num momento formativo.

Face a esta realidade, optei por elaborar um vídeo curto, com cerca de 6 minutos, contendo a informação essencial anteriormente referida, encontra-se no Apêndice XV o QR *code* de acesso ao mesmo. Tive a oportunidade de apresentar presencialmente este conteúdo a 2 EEESMOs, 2 enfermeiras generalistas e 2 estudantes do MESMO (Apêndice XVI). Para os restantes elementos da equipa, o vídeo foi disponibilizado através da plataforma *Whatsapp*, no grupo dos enfermeiros do serviço, após autorização da EEESMO responsável pela formação. Esta estratégia permitiu assegurar que a informação fosse disseminada de forma flexível, acessível e adaptada às limitações existentes, respondendo à necessidade formativa previamente diagnosticada e promovendo a sensibilização da equipa para a utilização do rebozo no puerpério. A partilha deste conhecimento com o objetivo de promover estratégias não farmacológicas

de conforto, enquadra-se na **competência 3.1.6 – “Cooperar com outros profissionais para implementar intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor”** ¹⁷.

Após a apresentação/ visualização do vídeo, foi disponibilizado, em formato digital, uma avaliação da sessão aos participantes, com o objetivo de recolher informação relativamente à pertinência do tema abordado, à clareza e objetividade dos conteúdos apresentados, à adequação dos recursos utilizados e à aplicabilidade prática da informação fornecida. O questionário incluía ainda uma questão destinada a identificar se o participante tinha estado presente na sessão presencial (Apêndice XVII).

Em seguida, será feita uma breve análise dos dados recolhidos na avaliação da sessão/ visualização do vídeo.

Responderam à avaliação da sessão 8 enfermeiros. De forma geral, os resultados evidenciam uma perceção muito positiva relativamente à sessão e ao conteúdo apresentado. A totalidade dos participantes considerou o tema pertinente, sendo que 75% o classificaram como “*Muito pertinente*” e 25% como “*Pertinente*”. Relativamente à clareza dos conteúdos, 87,5% avaliaram-na como “*Excelente*” e 12,5% como “*Muito boa*”. A maioria dos participantes (75%) considerou os recursos “*Muito adequados*” e 25% “*Adequados*”. Todos os participantes reconheceram a pertinência da técnica como medida promotora do conforto no puerpério, sendo que, 62,5% classificaram-na como “*Muito importante*” e 37,5% como “*Importante*”. Após a sessão, 62,5% dos profissionais afirmaram ponderar utilizar o rebozo — 25% com “*frequência*” e 37,5% “*pontualmente*”. Os restantes 37,5% referiram que “*talvez*” o utilizem, mas necessitam de maior confiança na aplicação técnica. A avaliação global foi extremamente positiva, com uma média de 4,88 numa escala de 1 a 5, sendo que 87,5% atribuíram a classificação máxima. Apenas 25% dos participantes nesta avaliação, visualizaram o vídeo, enquanto 75% estiveram presentes na apresentação. Os comentários foram positivos, destacando: a originalidade do tema, a qualidade da apresentação e o interesse em conhecer aplicações do rebozo no período pós-parto. Os resultados podem ser consultados em forma de gráfico no Apêndice XVIII.

Em suma, a intervenção permitiu não apenas sensibilizar a equipa de enfermagem para a utilização do rebozo no puerpério, mas também fomentar a integração de práticas baseadas na evidência, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados prestados à mulher e ao RN.

III. 3. Serviço de Internamento de Grávidas

O EC no serviço de internamento de grávidas foi realizado no período compreendido entre o dia 28 de outubro de 2025 e o dia 3 de dezembro de 2025, com um total de 143 horas concretizadas ao longo de 5 semanas.

III. 3. 1. Contextualização do Serviço: Serviço de Internamento de Grávidas

O serviço de internamento de grávidas está inserido no mesmo hospital da Grande Lisboa onde decorreram os ECs anteriores, integrando-se todos no mesmo departamento de saúde materna e obstétrica. Desta forma, partilham uma estrutura organizacional e uma dinâmica assistencial comum, o que permite uma articulação eficaz entre serviços e garante a continuidade dos cuidados ao longo de todo o percurso gravídico-puerperal.

O serviço de internamento dispõe de um total de 26 camas, distribuídas por 10 quartos. Entre estes, 6 quartos têm capacidade para 3 camas cada e 4 quartos possuem 2 camas. Três dos quartos estão equipados com casa de banho privativa.

Este internamento recebe utentes de três especialidades: senologia, ginecologia e obstetrícia. As vagas encontram-se organizadas da seguinte forma: 3 camas destinadas a senologia, 6 camas para ginecologia e as restantes afetas à área de obstetrícia. No entanto, sempre que há necessidade, há um ajustamento das vagas.

O serviço integra ainda diversas áreas de apoio, nomeadamente: 1 quarto com 3 camas para a equipa médica, 1 copa, 1 casa de banho para o pessoal, 1 casa de banho destinada às utentes de senologia e ginecologia, 1 casa de banho exclusiva para grávidas, 1 armazém e 1 sala de suj. Dispõe também de 1 sala de tratamentos, equipada com ecógrafo e mesa de reanimação neonatal, 1 sala de trabalho, 2 gabinetes médicos, 1 gabinete destinado à chefia de enfermagem, e 1 sala designada por “sala das experiências positivas”, destinada a atividades direcionadas ao bem-estar e à promoção de uma vivência positiva da gravidez e maternidade.

A equipa é constituída por 11 EEESMOs, às quais se juntam mais 2 que reforçam pontualmente o serviço, 6 enfermeiras generalistas, 1 EEESMO que assume a coordenação do internamento e 10 técnicas auxiliares de saúde. A organização dos turnos prevê que, de manhã, estejam escalados 4 enfermeiros, enquanto nos turnos da tarde e da noite se encontram 3, garantindo sempre a presença mínima de 2 EEESMO por turno. No que respeita às técnicas auxiliares de saúde, o turno da manhã integra 2 ou 3 elementos, o turno da tarde inclui 2 e o turno da noite funciona com apenas 1 elemento. Relativamente à equipa médica de obstetrícia, o turno da manhã conta com a presença de 1 médico especialista acompanhado por 1 médico interno e, a partir das 16 horas, a assistência médica passa a ser assegurada pela equipa de urgência.

A equipa de enfermagem participa, em conjunto com a equipa de EEESMO do serviço de internamento de puérperas e do serviço de consulta de obstetrícia, na dinamização dos Cursos de Preparação para o Parto e Nascimento e dos Cursos de Preparação para o Aleitamento Materno, promovidos pelo hospital, contribuindo para o reforço da literacia em saúde e para o desenvolvimento das competências parentais ao longo do período pré e pós-natal.

III. 3. 2. Diagnóstico da Situação

Aquando da minha chegada ao serviço, fui estabelecendo conversas informais com a equipa de enfermagem, o que me permitiu conhecer melhor as práticas instituídas e as intervenções habitualmente utilizadas no acompanhamento das grávidas internadas. Desde cedo, se tornou evidente que a utilização do rebozo não fazia parte dos cuidados prestados, nem era reconhecida como uma estratégia integrada no alívio da dor e na promoção do conforto materno.

Neste serviço, são internadas grávidas para indução do trabalho de parto (ITP), um período frequentemente marcado pelo surgimento dos primeiros desconfortos físicos e pelo início de uma contratilidade uterina dolorosa. Neste contexto, os métodos não farmacológicos para o alívio da dor assumem particular relevância, constituindo uma mais-valia na promoção do bem-estar da grávida.

Tal como referido anteriormente, o serviço dispõe de um espaço designado “sala das experiências positivas”, criado com o objetivo de proporcionar um ambiente mais

acolhedor e humanizado às grávidas e aos seus acompanhantes. Contudo, foi possível constatar que, não existia qualquer referência à utilização do rebozo, nem materiais ou informação que evidenciassem os seus potenciais benefícios para a mulher em TP. Perante esta ausência, tornou-se claro que a valorização e a divulgação do rebozo fazia todo o sentido, não só como forma de ampliar o leque de estratégias não farmacológicas disponíveis, mas também como contributo para cuidados mais centrados na mulher, baseados em evidência científica, promovendo assim uma experiência de parto positiva.

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

No âmbito do EC no serviço de internamento de grávidas, foi definido como objetivo principal: prestar assistência especializada à grávida/família em situação de internamento ⁵⁵. Este objetivo foi alcançado através da implementação de cuidados de enfermagem especializados, centrados na mulher e na família, assentes na melhor evidência científica, com o objetivo de promover o bem-estar materno-fetal.

Ao longo do estágio, procurei desenvolver uma prática clínica fundamentada, assegurando a vigilância sistemática da grávida internada. A minha intervenção foi sempre orientada tendo por base as preferências e expectativas de cada grávida e família, garantindo cuidados seguros, individualizados e de qualidade tal como é preconizado na **competência 3.1.1 – “Atua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado”** ¹⁷.

Em casos de grávidas em processo de ITP ou em situação de ameaça de parto pré-termo, realizei a avaliação contínua da evolução do TP, incluindo a interpretação da cardiotocografia, validando assim o bem-estar materno e fetal, tendo por base a **competência 3.2.1 – “Identifica e monitoriza trabalho de parto”** ¹⁷. Paralelamente, mantive uma vigilância rigorosa de potenciais riscos maternos e fetais, reconhecendo precocemente sinais de alerta e procedendo à referenciação adequada sempre que a situação ultrapassava o meu âmbito de atuação, agindo de acordo com a **competência 3.2.2 – “Identifica e monitoriza o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”** ¹⁷.

A identificação atempada das necessidades físicas, emocionais e informacionais permitiu-me planejar, implementar e avaliar intervenções ajustadas à evolução clínica da grávida, com foco na promoção do conforto, na prevenção de complicações e na otimização das condições de saúde materno-fetais. Dei ênfase às estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e do desconforto, bem como às intervenções de suporte emocional, promovendo uma experiência mais positiva e centrada na grávida/família, atuando à luz da **competência 3.2.5 – “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto”** ¹⁷.

Deste modo, a minha prestação de cuidados contribuiu para a consolidação de competências especializadas enquanto futura EEESMO.

Objetivo específico 1: Promover o conforto da mulher grávida através da utilização do rebozo na grávida submetida a indução do trabalho de parto e em fase latente do trabalho de parto

Quando submetidas a ITP, as grávidas apresentam, na sua maioria, maior vulnerabilidade física e emocional, uma vez que este período está frequentemente associado a um contexto de incerteza, que pode potenciar o aumento dos níveis de ansiedade da mulher e da pessoa significativa. Estas vivências são igualmente frequentes nas mulheres que se encontram em fase latente do TP. A implementação de intervenções não farmacológicas nestas fases contribui para a promoção do conforto, para a redução da ansiedade e para a melhoria da experiência da mulher e da pessoa significativa, assumindo particular relevância em contextos de internamento, onde, muitas vezes, a terapêutica farmacológica é mais restrita. Estudos recentes têm vindo a evidenciar que estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, incluindo técnicas específicas como a utilização do rebozo, se associam à redução da perceção da dor e ao aumento da sensação de conforto durante o TP, reforçando a relevância da sua integração na prática clínica especializada nestas fases ^{1,3,46,48,83}. A orientação prestada à grávida relativamente às estratégias não farmacológicas disponíveis para o alívio do desconforto vão ao encontro do preconizado na **competência 2.3.1 – “Informar e orientar acerca de medidas que promovam o alívio dos desconfortos da gravidez”** ¹⁷.

Ao longo do meu EC no serviço de internamento de grávidas, a massagem com o rebozo foi integrada enquanto estratégia promotora do conforto em mulheres submetidas a ITP e/ ou em fase latente do TP. A aplicação foi realizada de forma individualizada, respeitando as preferências de cada grávida. Foram privilegiados movimentos de vibração, de balanço suave (embalo) e de contenção suave, dirigidos sobretudo à região lombar, pélvica e abdominal, por serem áreas frequentemente associadas a maior tensão e desconforto nesta fase. A utilização do rebozo, enquanto técnica segura e adaptável, revelou-se adequada para promover relaxamento muscular e melhorar a percepção de conforto e bem-estar no período pré-parto ^{46,83,84}. A conceção, planeamento, implementação e avaliação desta intervenção promotora de conforto dão resposta à **competência 3.1.3 – “Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos”** ¹⁷, sendo assegurada, em simultâneo, a criação de um ambiente seguro durante a sua aplicação, conforme a **competência 3.1.2 – “Garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto”** ¹⁷.

A utilização de um instrumento didático, constituído por molduras articuladas com imagens das diferentes posições em que o rebozo pode ser aplicado, revelou-se um elemento facilitador na explicação e demonstração das técnicas às grávidas e respetivas pessoas significativas. Este recurso visual contribuiu para tornar a informação mais acessível e compreensível, favorecendo a clarificação das possibilidades de utilização do rebozo e a adequação das técnicas às necessidades e preferências de cada uma, potenciando a participação ativa da grávida e acompanhante ^{1,65,85}. A utilização deste recurso educativo enquanto estratégia de capacitação da grávida e da pessoa significativa enquadra-se no âmbito da **competência 2.3.1 – “Informar e orientar acerca de medidas que promovam o alívio dos desconfortos da gravidez”** ¹⁷.

À medida que apliquei o rebozo às várias grávidas, a avaliação contínua e o *feedback*, verbal ou não verbal, evidenciaram de forma consistente, sensações de relaxamento e tranquilidade. Este retorno positivo reforçou a pertinência da utilização do rebozo, bem como de outras técnicas não farmacológicas de promoção do conforto, no serviço de internamento de grávidas. Neste contexto, o foco primordial centra-se na criação de condições de conforto e segurança para a mulher/pessoa significativa, favorecendo a adaptação a esta fase do processo e contribuindo para uma vivência mais

positiva, em que a mulher se sente verdadeiramente no centro da atenção e do cuidado^{3,6,65}. A vigilância sistemática da resposta da mulher às intervenções e da evolução clínica estão em consonância com a **competência 3.2.3 – “Identifica e monitoriza desvios ao padrão normal da evolução do trabalho de parto e referencia as situações identificadas que ultrapassam a sua área de formação”**¹⁷.

A promoção do conforto e do relaxamento da grávida, traz também benefícios do ponto de vista fisiológico tendo em conta a interação existente entre o stress, a ansiedade e os mecanismos neuroendócrinos que regulam o TP. Com os níveis de stress elevados, existe uma maior libertação de catecolaminas, capazes de interferir na dinâmica uterina, enquanto a ocitocina endógena atua não só na contratilidade, mas também se associa à diminuição dos níveis de ansiedade. Assim, intervenções que promovem tranquilidade e sensação de segurança, como é o caso da aplicação do rebozo, podem contribuir para um ambiente fisiológico mais propício à natural evolução do TP, particularmente no período de transição da fase latente para a fase ativa^{65,86,87}. A adequação contínua das intervenções à evolução do TP e ao bem-estar materno-fetal traduz a aplicação da **competência 3.2.5 – “Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto”**¹⁷.

Deste modo, a integração do rebozo no serviço de internamento de grávidas, articulada com a utilização de recursos didáticos de apoio à demonstração das técnicas, revelou-se uma estratégia pertinente para a promoção do conforto não só físico, como psíquico da mulher em processo de ITP e em fase latente do TP. Esta abordagem possibilitou a adequação das intervenções às necessidades individuais, promoveu a autonomia e a participação ativa da mulher e da pessoa significativa e contribuiu para uma vivência mais positiva deste período^{1,44-46}.

Objetivo específico 2: Empoderar a grávida e o acompanhante sobre técnicas que possam ser utilizadas para promover o conforto durante o trabalho de parto

O centro dos cuidados do EEESMO é a mulher e a pessoa significativa e, para promover a sua participação ativa ao longo do TP, é fundamental que estas se encontrem empoderadas, de modo a poderem tomar decisões informadas e vivenciar este processo

da forma mais positiva possível. A promoção da autonomia da mulher durante o TP associa-se a uma maior percepção de controlo sobre as diferentes etapas do processo, à diminuição dos níveis de ansiedade e, consequentemente, a uma maior satisfação com a experiência vivida. Para que tal seja possível, a disponibilização de informação clara e acessível constitui um elemento determinante neste processo ^{1,65}. A informação e orientação prestadas neste âmbito concretizam a **competência 2.3.1 – “Informar e orientar acerca de medidas que promovam o alívio dos desconfortos da gravidez”** ¹⁷

No contexto do EC no serviço de internamento de grávidas, elaborei um póster intitulado “*Utilização do rebozo na gravidez*” (Apêndice XIX), o qual foi afixado na “sala das experiências positivas”, complementado por um *flyer* informativo (Apêndice XX) com QR *code* para acesso a este mesmo póster. Este material foi concebido com o objetivo de disponibilizar às grávidas e acompanhantes informação visual e de fácil compreensão sobre a utilização do rebozo, os seus potenciais benefícios ao nível do conforto e do relaxamento, os cuidados na aplicação e exemplos de posicionamentos e técnicas dirigidas às regiões abdominal, lombar e pélvica. A utilização de recursos educativos visuais em contexto clínico tem sido descrita como facilitadora da compreensão da informação em saúde e potenciadora da literacia em saúde. A informação transmitida neste formato, permite reduzir a incerteza associada ao desconhecimento das opções disponíveis e aumentar a confiança da mulher para mobilizar estratégias de conforto durante o TP ^{3,65,85,88}. Foi também incluído no póster, um QR *code* com acesso a um vídeo demonstrativo das diferentes posições e formas de aplicação do rebozo. Este vídeo, revelou-se particularmente pertinente, ao permitir complementar a informação estática com demonstrações dinâmicas, facilitando a compreensão prática das técnicas e a sua posterior replicação. A conceção, planeamento e implementação destes recursos educativos, enquanto intervenções promotoras do conforto e do bem-estar da grávida e do acompanhante, traduzem a aplicação da **competência 3.1.3 – “Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos”** ¹⁷.

Para além da disponibilização dos recursos educativos, ao longo do EC mantive conversas informais com as grávidas e respetivos acompanhantes, esclarecendo dúvidas relacionadas com a utilização do rebozo, os seus benefícios e as diferentes formas de

aplicação, promovendo a compreensão das técnicas e incentivando a sua utilização de acordo com as preferências e necessidades individuais. A adequação da informação às necessidades de cada mulher ao longo do internamento integra a **competência 3.2.5 – “Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, favorecendo as condições de saúde da mãe e do feto”** ¹⁷.

O apoio contínuo de uma pessoa significativa, associa-se a melhores experiências, menor ansiedade materna e uma maior sensação de conforto, pelo que empoderar o acompanhante também faz parte das intervenções do EEESMO. Um acompanhante devidamente informado constitui um verdadeiro suporte para a grávida. A promoção do envolvimento do acompanhante, através do acesso a informação estruturada e compreensível, favorece a sua participação ativa enquanto elemento de suporte durante o período de internamento e no decurso do TP ^{65,89}. A capacitação do acompanhante enquanto elemento de suporte insere-se igualmente no âmbito da **competência 3.1.3 – “Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos”** ¹⁷.

A afixação do póster na “sala das experiências positivas” revelou-se pertinente por se tratar de um espaço destinado à promoção de vivências mais positivas durante o internamento, favorecendo um ambiente mais acolhedor e centrado na mulher. A presença de informação visual sobre estratégias de conforto contribuiu para a normalização da discussão em torno de métodos não farmacológicos e para o reforço do papel ativo da mulher e do acompanhante ^{1,85,89}. A organização de um espaço informativo estruturado, promotor de tranquilidade e segurança, está alinhado com a **competência 3.1.2 – “Garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto”** ¹⁷.

Deste modo, a criação e divulgação do póster e do *flyer* constituíram estratégias relevantes de educação para a saúde no contexto de internamento de grávidas, promovendo a literacia em saúde, a autonomia e a participação ativa da grávida e do acompanhante, em consonância com uma prática de enfermagem especializada, humanizada e baseada na evidência.

Objetivo adicional: Promover uma experiência de parto positiva nas grávidas submetidas a indução do trabalho de parto através da realização de uma sessão de relaxamento intitulada de “Potenciar a indução do trabalho de parto”.

A ITP consiste na intervenção clínica que visa desencadear o início do TP de forma artificial, quando se considera que os benefícios para a mulher e/ou para o feto são superiores aos riscos associados à continuação da gravidez. Este procedimento é amplamente utilizado em contexto obstétrico e pode ser realizado através de diferentes métodos, incluindo abordagens farmacológicas e mecânicas, selecionadas de acordo com a avaliação clínica e a resposta individual de cada grávida ^{90,91}.

O planeamento da sessão de relaxamento “Potenciar a indução do trabalho de parto”, incluindo o respetivo enquadramento teórico, objetivos, conteúdos e metodologia, encontra-se descrito no Apêndice XXI. A sessão foi realizada em conjunto com uma colega e destinou-se a três grávidas de termo, submetidas a ITP por idade gestacional e clinicamente classificadas como de baixo risco. A intervenção decorreu cerca de duas horas após o início da ITP e integrou estratégias não farmacológicas previamente planeadas, nomeadamente técnicas respiratórias, aplicação do rebozo, aromaterapia e musicoterapia, com o objetivo de aumentar o conhecimento das grávidas relativamente a métodos não farmacológicos para a gestão da dor, promover o relaxamento, reduzir a ansiedade e potenciar uma vivência de parto mais positiva ^{1,46,90,92,93}. A informação e orientação prestadas às grávidas relativamente às diferentes estratégias não farmacológicas de gestão da dor concretizam a **competência 2.3.1 – “Informa e orienta sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez”** ¹⁷.

Durante a sessão, verificou-se uma adesão muito positiva por parte das três grávidas participantes, todas primíparas, que se mostraram recetivas e envolvidas nas diferentes estratégias propostas. Foi utilizado um difusor com aroma de lavanda, associado a cromoterapia, bem como uma *playlist* de músicas com características relaxantes. A aromaterapia com lavanda promove o relaxamento, estando associada à redução dos níveis de ansiedade em contexto de TP, contribuindo para o bem-estar emocional da mulher. A utilização de música com características relaxantes associa-se igualmente à diminuição da ansiedade e à criação de um ambiente mais tranquilo e favorável ao relaxamento durante o TP ⁹⁴⁻⁹⁶. A conceção, planeamento e implementação desta sessão estruturada de relaxamento, enquanto intervenção promotora do conforto

físico e psíquico das grávidas em processo de ITP, traduzem a aplicação da **competência 3.1.3 – “Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos”** ¹⁷.

Uma das grávidas presentes, já conhecia a técnica de aplicação do rebozo e referia uma experiência anterior muito positiva, enquanto as restantes não tinham contacto prévio com este método não farmacológico para alívio da dor. Ao longo da sessão, as grávidas demonstraram interesse pelas diferentes formas de aplicação do rebozo e pelas técnicas respiratórias utilizadas nos vários contextos. Durante a sessão, foi também incentivada a utilização da bola de parto por parte das grávidas uma vez que, a mobilidade e os movimentos facilitados pela bola pois estes, associam-se também à promoção do conforto e à redução da percepção dolorosa durante o TP ^{97,98}.

Durante a sessão, foi entregue a cada grávida um exemplar impresso do póster elaborado previamente para a “sala de experiências positivas” e o *flyer* com QR *code*, permitindo o acesso ao conteúdo digital e ao vídeo demonstrativo das técnicas. O póster continha uma breve definição do rebozo, a descrição dos seus principais benefícios ao nível do conforto e do relaxamento, bem como um enfoque nas diferentes posições em que o rebozo pode ser aplicado, facilitando a compreensão das várias possibilidades de utilização desta técnica. As grávidas valorizaram a possibilidade de manter o póster em formato digital, pois este ficaria de fácil acesso tanto para elas como para partilharem com os acompanhantes. A disponibilização de materiais educativos em formato visual e digital tem sido associada a ganhos em literacia em saúde e à promoção da autonomia da mulher na mobilização de estratégias de conforto ⁹⁹.

No final da sessão “Potenciar a indução do trabalho de parto”, foi pedido às grávidas que respondessem a uma pequena avaliação da sessão (Apêndice XXII). A avaliação foi disponibilizada em formato digital, sendo acedida pelas grávidas através da leitura de um QR *code*. Este instrumento, permitiu recolher informação relativa à percepção das participantes quanto à utilidade dos temas abordados (rebozo, técnicas respiratórias, aromaterapia e musicoterapia), ao impacto da sessão no relaxamento e na preparação para o TP induzido, à clareza das explicações e à adequação dos recursos pedagógicos utilizados, bem como à aplicabilidade prática das estratégias apresentadas no contexto do TP.

A análise dos resultados, apresentados sob a forma de gráficos no Apêndice XXIII, revelou uma avaliação globalmente muito positiva da sessão, tendo sido obtidas respostas por parte de duas das três participantes. As grávidas consideraram os temas abordados úteis e referiram sentir-se mais relaxadas após a sessão. As explicações foram avaliadas como fáceis ou muito fáceis de compreender, tendo as grávidas manifestado conforto na participação e no esclarecimento de dúvidas. Verificou-se ainda que apenas uma participante já conhecia previamente algumas das técnicas abordadas, reforçando a pertinência da sessão. Globalmente, a sessão contribuiu para que as grávidas se sentissem mais preparadas para a experiência do TP induzido, tendo sido atribuída a classificação máxima na avaliação global da intervenção.

A dinamização da sessão de relaxamento “Potenciar a indução do trabalho de parto” constituiu uma intervenção estruturada e intencional de promoção do conforto físico e psíquico das grávidas submetidas a ITP, permitindo a integração de estratégias não farmacológicas para alívio da dor baseadas na evidência, o reforço do papel ativo da mulher no processo de cuidados e a promoção de uma vivência mais positiva desta fase do processo de parto.

III. 4. Exames na Gravidez de Alto Risco

O EC foi realizado no período compreendido entre o dia 4 e o dia 11 de dezembro de 2025, com um total de 32 horas concretizadas.

III. 4. 1. Contextualização do Serviço

O EC consistiu numa observação participativa em diferentes áreas de atuação, nomeadamente na Consulta de Gravidez de Alto Risco, nas técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA) e no Diagnóstico Pré-Natal (DPN), realizadas em diversos serviços do hospital. Assim, irei apenas realizar uma breve caracterização da unidade hospitalar onde estas valências se inserem.

O hospital em questão situa-se na área da Grande Lisboa e, de acordo com o Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, passou a integrar, desde janeiro de 2024,

uma Unidade Local de Saúde (ULS) que abrange 17 freguesias. A área de influência desta unidade corresponde a uma população de 395.844 habitantes, segundo os dados dos Censos 2021^{100,101}.

III. 4. 2. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas e de Mestre

O EC teve como objetivo específico do plano de estudos: prestar assistência especializada à grávida/família na vigilância pré-natal normal e de risco, em situação de internamento, bem como nas consultas de alto risco e exames especiais de obstetrícia⁵⁵. Este objetivo foi atingido através da observação participada de cuidados de enfermagem especializados prestados à mulher e à família. Tive oportunidade de concretizá-lo em contexto de consulta de gravidez de alto risco e no serviço de diagnóstico pré-natal, nomeadamente através da observação participada em exames realizados na gravidez de alto risco.

Aquando da minha presença no serviço de DPN, foi-me possível ter uma observação participativa em 3 amniocentese. Durante estas observações, foi possível aprofundar conhecimentos sobre a amniocentese enquanto procedimento invasivo de diagnóstico pré-natal, no qual se procede à punção da parede abdominal sob controlo ecográfico, com o objetivo de obter líquido amniótico, que contém células fetais. Trata-se de uma técnica amplamente consolidada e indicada em situações de risco aumentado de anomalias cromossómicas, achados ecográficos sugestivos de patologia fetal ou necessidade de confirmação diagnóstica após rastreios não invasivos. A sua realização implica uma abordagem rigorosa e multidisciplinar, garantindo simultaneamente a segurança materno-fetal e a fiabilidade diagnóstica do procedimento. Trata-se de uma técnica de rápida execução e relativamente segura, no entanto, não é isenta de complicações, estando descrito um risco acrescido de perda gestacional, embora baixo, associado ao procedimento^{102–105}.

A presença do EEESMO no contexto da amniocentese assume particular relevância, uma vez que desempenha um papel determinante na preparação da mulher/família, no apoio emocional, na promoção da tomada de decisão informada e na manutenção de um ambiente seguro e humanizado. Cabe ao EEESMO assegurar cuidados

especializados fundamentados na melhor evidência, garantindo a vigilância contínua do bem-estar materno e a identificação precoce de potenciais complicações ¹⁷. Esta atuação enquadra-se na **competência 2.2.2 – “Identifica e monitoriza a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados”** ¹⁷, uma vez que o procedimento exige monitorização rigorosa e avaliação contínua da segurança clínica. Paralelamente, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, reforçam a importância da comunicação terapêutica, da redução da ansiedade e do suporte individualizado durante procedimentos invasivos, contribuindo para uma experiência mais positiva e segura para a mulher e a família ⁷. Estas intervenções relacionam-se diretamente com a **competência 2.1.7 – “Concebe, planeia e implementa intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez”** ¹⁷, dado que a amniocentese é frequentemente vivenciada com ansiedade e incerteza, exigindo do EEESMO estratégias específicas de apoio emocional e psicológico.

Durante o EC tive também a oportunidade de integrar o serviço de PMA, onde pude observar e participar em diferentes técnicas utilizadas no âmbito da infertilidade. A infertilidade constitui atualmente um problema de saúde pública global, afetando cerca de 1 em cada 6 pessoas em idade reprodutiva, sendo reconhecida pela OMS como uma condição médica que requer acesso a cuidados especializados, incluindo técnicas de PMA, entre as quais se destacam a punção ovárica, a inseminação intrauterina e a transferência de embriões criopreservados – técnicas que pude observar e participar no meu EC ¹⁰⁶. Em Portugal, de acordo com o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA), estas técnicas são regulamentadas e integram-se no conjunto de procedimentos clínicos que visam promover a fecundação e o subsequente desenvolvimento embrionário, garantindo padrões de qualidade e segurança ¹⁰⁷.

A punção ovárica para extração de ovócitos, é uma das etapas realizadas no processo de Fertilização In Vitro (FIV) e consiste na aspiração dos ovócitos através da punção do ovário, por via transvaginal, com controlo ecográfico e após estimulação ovárica controlada. É um procedimento efetuado sob sedação e em contexto de bloco operatório ¹⁰⁷⁻¹⁰⁹. A observação de 4 punções ováricas permitiu-me compreender a complexidade técnica do procedimento e a importância da coordenação entre equipa médica, enfermagem e laboratório. Esta experiência permitiu-me também reconhecer a pertinência da **competência 1.3.2 – “Conceber, planejar, implementar e avaliar**

intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro” ¹⁷, já que estas técnicas exigem uma abordagem integrada e centrada no casal.

A inseminação artificial foi outra das técnicas observadas. Este procedimento consiste na introdução de espermatozoides previamente recolhidos e tratados em laboratório, no interior da cavidade uterina, com o objetivo de aumentar a probabilidade de fertilização. Trata-se de uma técnica menos invasiva e frequentemente utilizada em infertilidades de causa desconhecida. É realizada sob controlo ecográfico e em contexto de bloco operatório ^{107,108}. A observação desta técnica permitiu-me reconhecer a importância da escuta ativa, bem como da gestão da ansiedade associada ao procedimento, promovendo um ambiente de segurança, confiança e suporte emocional. Esta dimensão relacional articula-se de forma direta com a **competência 1.3.3 – “Conceber, planejar, implementar e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos”** ¹⁷, uma vez que a experiência de infertilidade é marcada por elevada carga emocional.

Por fim, assisti à transferência de embriões criopreservados (TEC), que é um procedimento que consiste na colocação de embriões previamente congelados no interior da cavidade uterina, sob controlo ecográfico e em contexto de bloco operatório. Esta técnica é parte integrante dos tratamentos de PMA e apresenta como vantagem a possibilidade de otimizar o momento da transferência, uma vez que, o endométrio é preparado através da administração de fármacos e avaliação laboratorial prévia ^{107,108}. A observação desta etapa permitiu-me compreender a delicadeza e a precisão do procedimento, bem como o papel da equipa de enfermagem na preparação da utente, monitorização e promoção de um ambiente seguro e humanizado. Também aqui se enquadram a **competência 1.3.2 – “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com problemas de fertilidade, considerando as necessidades de saúde do companheiro”** ¹⁷ e a **competência 1.3.3 – “Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à mulher com problemas de fertilidade, incluindo conviventes significativos”** ¹⁷ pois reforçam o papel do EEESMO na abordagem holística ao casal em tratamento de fertilidade.

Esta vivências permitiram-me, assim, consolidar conhecimentos teóricos, reconhecer a complexidade deste tipo de intervenção e reforçar a importância da prática especializada do EEESMO nos cuidados de saúde materno-fetal.

III. 5. Exames Especiais de Ginecologia

O EC foi realizado entre o dia 12 e o dia 19 de dezembro de 2025, com um total de 35 horas concretizadas.

III. 5. 1. Contextualização do Serviço

O EC consistiu numa observação participativa em diferentes áreas de atuação do EEESMO no âmbito da ginecologia, sendo que, as atividades decorreram em diferentes serviços de uma unidade hospitalar.

III. 5. 2. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas e de Mestre

O presente EC teve como objetivo específico do plano de estudos: prestar assistência especializada à mulher/família no planeamento familiar, nos exames complementares de diagnóstico, na doença do foro ginecológico e na senologia ⁵⁵. Este objetivo foi atingido através da observação participada de cuidados de enfermagem especializados prestados à mulher e à família nos vários contextos da área da ginecologia.

Durante este período, foi possível realizar uma observação participativa em 7 consultas de patologia do colo do útero, 6 histeroscopias, 3 colposcopias, 2 vulvoscopias, 2 conizações e 2 marsupializações da glândula de Bartholin.

No âmbito da patologia do colo do útero, a observação em consulta e em exames complementares, nomeadamente colposcopias e conizações, permitiu-me consolidar conhecimentos sobre o percurso de rastreio, diagnóstico e orientação clínica das alterações pré-malignas do colo do útero. Em Portugal, o programa de rastreio do cancro do colo do útero recomenda atualmente o teste do Vírus do Papiloma Humana (HPV) de

alto risco como método de rastreio primário, com referência para unidades de patologia do colo nos casos positivos, de acordo com critérios definidos pela Direção Geral de Saúde (DGS). A colposcopia constitui o exame de referência para a avaliação dirigida de alterações citológicas, devendo a sua realização obedecer a normas técnicas que assegurem a qualidade do procedimento, o registo e a adequada comunicação dos resultados ¹¹⁰⁻¹¹².

Relativamente à histeroscopia, trata-se de um exame que poderá ser diagnóstico ou em alguns casos, terapêutico, pois permite a visualização direta da cavidade uterina. Neste exame, pode ser vivenciada alguma dor e é, muitas vezes, gerador de ansiedade para algumas mulheres. Durante o EC, foi possível observar a utilização de aromaterapia com óleo essencial de lavanda como medida complementar de conforto. A evidência científica demonstra que a aromaterapia com lavanda pode contribuir para a redução da percepção da dor e da ansiedade em contextos de cuidados à mulher, nomeadamente em situações de dor associada a procedimentos obstétricos, pelo que tem sido utilizada como estratégia promotora do conforto. A realização da histeroscopia exige ainda o cumprimento de normas de segurança específicas, particularmente no que respeita à gestão dos meios de distensão, de forma a minimizar o risco de complicações ^{93,94,96,113}.

A observação de procedimentos como a vulvosopia e a marsupialização da glândula de Bartholin permitiu-me compreender a diversidade de abordagens diagnósticas e terapêuticas no âmbito da patologia ginecológica. A vulvosopia é um exame complementar de diagnóstico fundamental na avaliação de lesões vulvares, frequentemente associadas a sintomatologia persistente, tendo um impacto significativo na qualidade de vida da mulher, incluindo na vivência da sexualidade ¹¹⁴. Por sua vez, a marsupialização da glândula de Bartholin constitui uma opção terapêutica eficaz no tratamento de quistos ou abscessos sintomáticos e/ou recorrentes, ao permitir a criação de um novo trajeto de drenagem, reduzindo assim, a probabilidade de recidiva ^{115,116}.

O EEESMO assume um papel central na promoção de cuidados especializados, humanizados e centrados na mulher. A sua intervenção abrange a preparação da mulher para os exames e procedimentos, a facilitação da tomada de decisão informada, a promoção de um ambiente de segurança e respeito pela intimidade, bem como a vigilância clínica durante e após a realização dos procedimentos. Paralelamente, o EEESMO desempenha um papel relevante na comunicação terapêutica e no apoio emocional,

contribuindo para a redução da ansiedade frequentemente associada a exames ginecológicos invasivos e para uma vivência mais positiva dos processos de saúde/doença ginecológica ^{7,17,67}. Esta atuação encontra-se em consonância com o preconizado na **competência 5 – “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério”** ¹⁷ e na **competência 6 – “Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica”** ¹⁷, evidenciando a integração da prática especializada do EEESMO nos diferentes contextos de cuidados ginecológicos observados.

III. 6. Cuidados de Saúde Primários

O EC na valência de CSP foi realizado entre o dia 5 de janeiro e o dia 10 de fevereiro de 2026, com um total de 152 horas concretizadas ao longo de 5 semanas.

III. 6. 1. Contextualização do Serviço

O EC em CSP decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrada numa ULS da área da Grande Lisboa desde 2024, após a reorganização do Serviço Nacional de Saúde. A UCC desenvolve a sua atividade em contexto comunitário e domiciliário, em articulação com outras unidades funcionais dos cuidados de saúde primários, assegurando respostas de proximidade dirigidas a indivíduos, famílias ou grupos ao longo do ciclo de vida ^{101,117-119}.

Esta unidade de saúde abrange uma população estimada de 306 647 habitantes, dos quais 162 037 são do sexo feminino, distribuídos por 6 unidades funcionais dos CSP: 4 Unidades de Saúde Familiar (USF) e 2 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) ^{118,119}.

No âmbito da sua missão, a UCC desenvolve programas de intervenção comunitária e domiciliária, nomeadamente através da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), do Programa de Saúde Escolar e de projetos específicos na área da Saúde Materna. Destacam-se, neste contexto, os programas de PPP e RPP, alinhados com

as orientações nacionais da DGS, os quais constituíram os principais contextos de intervenção e aprendizagem no presente EC ^{118,119}.

A UCC é composta, atualmente, por uma equipa multidisciplinar constituída por 23 profissionais, sendo: 13 enfermeiros, 1 médico, 2 assistentes sociais, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 1 fisioterapeuta, 2 nutricionistas e 2 assistentes operacionais, que acumulam funções de motoristas da unidade, assegurando uma resposta integrada às necessidades ¹¹⁹. Relativamente ao espaço físico, esta dispõe de: 4 gabinetes, 1 sala de reuniões, 1 armazém que também funciona como gabinete, 1 copa e 1 casa de banho.

III. 6. 2. Diagnóstico da Situação

Aquando do início do EC, e logo no primeiro dia de integração na UCC, foi possível participar numa sessão do Programa de PPP, bem como conhecer os conteúdos abordados durante os programas de PPP e RPP. Este primeiro contacto com a dinâmica das sessões permitiu-me compreender as áreas privilegiadas na intervenção junto das grávidas e das pessoas significativas que frequentam estes programas.

Desde cedo se tornou evidente que, apesar de o rebozo ser referido no âmbito do programa de PPP, a sua abordagem era feita de forma muito superficial, limitada à referência ao seu uso para relaxamento através de movimentos rítmicos. Não existia exploração das inúmeras potencialidades da técnica, nem uma componente prática que permitisse que as grávidas e os seus acompanhantes contactassem com o rebozo, experimentassem a sua utilização, integrando-o como uma estratégia promotora de conforto para a mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

Assim, após conversas informais com a minha supervisora clínica, tornou-se claro que a temática “aplicação do rebozo ao longo do ciclo gravídico-puerperal” poderia ser mais aprofundada no Programa de PPP, incluindo também uma componente prática nas sessões, possibilitando às grávidas e aos seus acompanhantes um contacto mais direto com o rebozo e a apropriação da sua utilização.

III. 6. 3. Desenvolvimento do Plano de Projeto e de Competências Especializadas e de Mestre

O EC de CSP tinha como objetivos do plano de estudos: prestar assistência especializada à grávida/família na vigilância pré-natal normal e de risco, implementar e avaliar programas de intervenção no âmbito da promoção da saúde e, prestar assistência especializada à puérpera/RN/família ⁵⁵. Este objetivo foi concretizado através da dinamização das sessões dos Programas de PPP e de RPP.

Durante a dinamização das sessões dos Programas de PPP e de RPP, foi possível prestar cuidados especializados a 12 grávidas de risco, 225 grávidas de baixo risco e 42 puérperas. A intervenção centrou-se na promoção da saúde pré-natal, na preparação das mulheres para a vivência da gravidez, parto e puerpério e no apoio à transição para a parentalidade.

Ao longo das sessões de PPP foram abordadas temáticas como a importância do exercício físico na gravidez, técnicas respiratórias, TP e parto, bem-estar materno-fetal, humanização dos cuidados, gestão da dor, puerpério, sexualidade, cuidados ao RN, amamentação e sono do bebé. A dinamização destas intervenções está em consonância com a **competência 2 – “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”** ¹⁷, nomeadamente na **competência 2.1.8 – “concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável”** ¹⁷ e na **competência 2.1.5 – “informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez”** ¹⁷, ao promover a capacitação da mulher e da família para a vivência da gravidez e do parto.

No âmbito das sessões do Programa de RPP, são explorados conteúdos relacionados com as fases do puerpério, sexualidade, amamentação, alterações físicas e emocionais e, sobretudo, a forma como foi vivenciada a experiência de parto, o impacto dessa vivência na mulher e como está a decorrer a adaptação à parentalidade. Neste contexto, o EEESMO assume uma postura de disponibilidade e proximidade, promovendo um espaço seguro de partilha, procurando identificar precocemente dificuldades físicas ou emocionais e contribuir para uma vivência mais positiva e ajustada do período pós-parto, à luz da **competência 4 – “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós -natal”** ¹⁷, nomeadamente na **competência 4.1.5 –**

“Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto”¹⁷ e na competência 4.3.1 – “Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos”¹⁷.

A temática do sono infantil foi dinamizada por uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e a sessão de osteopatia materno-infantil por uma osteopata. A sessão de amamentação foi dinamizada por uma médica pediatra certificada como *International Board Certified Lactation Consultant* (IBCLC), tendo tido a oportunidade de assistir e participar em duas sessões, aprofundando conhecimentos na área da lactação e identificação precoce de dificuldades, tal como preconizado na **competência 4.1.4 – “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno”¹⁷ e na competência 4.3.3 – “Concebe, planeia, implementa e avalia medidas corretivas ao processo de aleitamento materno”¹⁷.**

Durante o EC, tive a possibilidade de ir a uma clínica, criada com o objetivo de garantir vigilância a grávidas e crianças até aos 24 meses sem médico de família atribuído, onde participei em três consultas de vigilância de gravidez de baixo risco e duas consultas de revisão pós-parto. Esta experiência permitiu-me consolidar competências no âmbito da monitorização da gravidez e da saúde materno-fetal, tal como preconizado na **competência 2 – “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”¹⁷, nomeadamente na competência 2.1.3 – “Diagnostica e monitoriza a gravidez”¹⁷, na competência 2.2.2 – “Identifica e monitoriza saúde materno -fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados”¹⁷ e na competência 2.2.4 – “Identifica e monitoriza desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”¹⁷. No contexto das consultas de revisão pós-parto, mobilizei a competência 4 – “Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal”¹⁷, particularmente a competência 4.2.3 – “Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”¹⁷.**

Objetivo específico 1: Sensibilizar as grávidas e acompanhantes para a utilização do rebozo enquanto método promotor de relaxamento e conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal

O conforto assume um papel central na intervenção do EEESMO ao longo do ciclo gravídico-puerperal, influenciando a forma como a mulher vivencia a gravidez, o parto e o puerpério. A sua promoção não se limita ao alívio de desconfortos físicos, mas envolve também o apoio emocional e a criação de condições que favoreçam uma experiência mais positiva, segura e ajustada às necessidades de cada mulher e da sua família ^{1,31,32}.

Neste contexto, a utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio dos desconfortos associados à gravidez e ao TP assume particular relevância na preparação da mulher e da família para a vivência deste processo. Medidas que promovem o relaxamento, a mobilidade, o suporte emocional e a participação ativa da grávida contribuem para a diminuição da ansiedade, para uma maior perceção de controlo sobre as diferentes fases do processo, culminando numa melhor experiência da gravidez e do parto. Assim, capacitar a grávida e a pessoa significativa para a utilização de estratégias simples, seguras e acessíveis constitui uma dimensão importante das intervenções do EEESMO desenvolvidas no âmbito dos programas de PPP ^{1,2,39}.

Entre as estratégias que podem ser mobilizadas ao longo do ciclo gravídico-puerperal destaca-se o rebozo, um recurso simples e acessível que pode ser utilizado como medida promotora de relaxamento e alívio de desconfortos físicos. A sua aplicação contribui para o relaxamento muscular e para a promoção do bem-estar da grávida. Para além dos benefícios físicos, a utilização do rebozo favorece o envolvimento da pessoa significativa no cuidado, reforçando o suporte emocional à grávida e promovendo uma maior participação do acompanhante ao longo do processo ^{4,6,44,46}. A integração desta técnica nas sessões de PPP permite ampliar o leque de estratégias não farmacológicas disponíveis para a grávida, contribuindo para uma melhor gestão dos desconfortos ao longo da gravidez e durante o TP.

Neste sentido, foi dinamizada uma sessão de PPP intitulada “O rebozo como medida de conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal”, dirigida às grávidas e respetivos acompanhantes que frequentavam o programa de PPP da UCC, tendo sido previamente elaborado um plano de sessão (Apêndice XXIV). A sessão foi realizada em formato presencial e online, privilegiando-se uma forte componente prática, particularmente na sessão presencial. A conceção, planeamento e dinamização desta sessão enquadram-se no âmbito da **competência 2.1.8 – “Concebe, planeia, coordena,**

supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável”¹⁷.

Durante a sessão foram abordados os principais benefícios da utilização do rebozo e as diferentes possibilidades de aplicação ao longo da gravidez, TP e puerpério (Apêndice XXV). Contudo, a componente prática assumiu particular relevância, permitindo às grávidas experimentar diversas posições e técnicas adaptáveis às diferentes fases do ciclo gravídico-puerperal. Na sessão de PPP presencial, as grávidas e pessoas significativas, tiveram oportunidade de experimentar e treinar as diferentes formas de aplicação do rebozo, sobretudo ao nível da região lombar, pélvica e abdominal, o que permitiu esclarecer dúvidas, ajustar posicionamentos e aumentar a confiança na utilização da técnica. A abordagem desta técnica enquanto estratégia não farmacológica de promoção do relaxamento e alívio de desconfortos ao longo da gravidez está de acordo com a **competência 2.3.1 – “Informar e orientar sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez”¹⁷.**

A presença da pessoa significativa revelou-se particularmente importante, pois permitiu o seu envolvimento na aplicação das técnicas. Esta participação ativa contribuiu para reforçar o apoio à grávida e para promover uma maior participação do acompanhante no processo de cuidado, aspetos que se associam a uma vivência mais positiva da gravidez e do parto^{1,3}.

Na dinamização da sessão em formato online, foi igualmente realizada uma demonstração das diferentes técnicas de aplicação do rebozo, tendo sido a exemplificação realizada por mim e por uma colega, enquanto as grávidas apenas observaram. Ao contrário do que aconteceu nas sessões presenciais, neste formato o número de pessoas significativas presentes era muito reduzido. No entanto, as sessões são gravadas e posteriormente disponibilizadas às grávidas, permitindo que estas possam rever os conteúdos abordados e partilhá-los com os seus acompanhantes. Apesar das limitações existentes neste formato, foi possível apresentar as principais técnicas de aplicação do rebozo e esclarecer as dúvidas colocadas pelas grávidas.

Com vista a complementar a apresentação, elaborei um folheto informativo sobre a utilização do rebozo (Apêndice XXVI), que foi disponibilizado em suporte de papel nas sessões presenciais e em formato digital através da leitura de um QR *code* (Apêndice XXVII), sendo que, para as grávidas que fizeram o Programa de PPP em formato online,

foi-lhes enviado diretamente via e-mail. Este folheto informativo incluía uma breve explicação sobre a técnica, os seus principais benefícios ao longo do ciclo gravídico-puerperal, exemplos de posições em que o rebozo pode ser aplicado e algumas premissas para a sua aplicação. Foi ainda incluído um *QR code* que dá acesso a um vídeo demonstrativo da aplicação do rebozo em várias posições, permitindo às grávidas e às pessoas significativas rever os conteúdos abordados na sessão e facilitar a sua aplicação quer em contexto domiciliário, quer em contexto hospitalar, durante TP. A disponibilização deste tipo de recursos tem sido associada à melhoria da compreensão da informação em saúde e ao reforço da capacitação da mulher e da família na mobilização de estratégias de conforto ao longo da gravidez e do TP. Promover o acesso a informação clara e baseada na melhor evidência científica, constitui um elemento fundamental para o empoderamento da mulher, favorecendo a sua participação ativa nas decisões relacionadas com o seu processo de saúde e na vivência da gravidez, parto e puerpério^{1,2,13}.

No final das sessões, foi aplicado um instrumento de avaliação da sessão (Apêndice XXVIII), com o objetivo de compreender a perceção das grávidas relativamente à utilidade do tema abordado, à clareza da informação transmitida e à adequação dos recursos pedagógicos utilizados. As respostas obtidas (Apêndice XXIX) revelaram uma perceção global muito positiva da sessão, tendo a maioria das grávidas considerado o tema muito útil e demonstrado interesse na utilização do rebozo ao longo do ciclo gravídico-puerperal. De um modo geral, as grávidas referiram sentir-se mais esclarecidas relativamente às possibilidades de utilização desta técnica e reconheceram a sua utilidade enquanto estratégia promotora de conforto. Estes resultados reforçam a importância da preparação para o parto na capacitação da mulher e da pessoa significativa para a vivência da gravidez, parto e puerpério, bem como a relevância da integração de métodos não farmacológicos que promovam o conforto e o bem-estar materno. A utilização do rebozo enquadra-se neste tipo de estratégias, podendo contribuir para o relaxamento, alívio de desconfortos e maior envolvimento da pessoa significativa ao longo do ciclo gravídico-puerperal^{6,7,46,120,121}. Deste modo, a implementação desta intervenção alinha-se com o definido na **competência 2.2.8 – “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável”**¹⁷.

Objetivo específico 2: Capacitar e sensibilizar a puérpera e acompanhante para a utilização do rebozo como recurso de conforto e bem-estar durante o puerpério.

O puerpério corresponde a um período marcado por inúmeras alterações não só físicas, mas também emocionais e sociais na vida da mulher e é caracterizado pelo processo gradual de recuperação do organismo após a gravidez e o parto e pela adaptação à parentalidade. Trata-se de uma fase particularmente exigente para a mulher, frequentemente associada a cansaço, privação de sono, alterações hormonais e reorganização dos novos papéis familiares e sociais. Neste contexto, o autocuidado da puérpera pode ser facilmente desvalorizado ou colocado em segundo plano, apesar de ser um elemento fundamental para a recuperação física e emocional da puérpera e para a promoção do seu bem-estar ^{78,122,123}.

A promoção de estratégias promotoras de descanso, relaxamento e conforto da puérpera assume particular importância neste período. Assim, a adoção de medidas simples e acessíveis que fomentem o bem-estar físico e emocional contribui para uma melhor adaptação ao puerpério, favorecendo assim a recuperação do corpo da mulher, a redução da ansiedade e a vivência desta fase de uma forma mais positiva ^{5,122-124}.

Entre as estratégias que podem ser mobilizadas neste período destaca-se a utilização do rebozo, um recurso simples, versátil e de fácil acesso, que pode ser utilizado como medida promotora de relaxamento e conforto. A aplicação do rebozo proporciona uma sensação de contenção, segurança e relaxamento muscular, contribuindo para o alívio de desconfortos físicos e para a promoção do bem-estar emocional da puérpera. Para além dos benefícios ao nível do conforto da puérpera, a utilização do rebozo favorece o envolvimento da pessoa significativa no cuidado, reforçando o suporte emocional à mulher e promovendo a participação ativa do acompanhante neste período ^{5,6,44,124,125}. A promoção de estratégias de suporte emocional e de conforto dirigidas à puérpera e às pessoas significativas enquadra-se no âmbito da **competência 4.3.1 – “Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos”** ¹⁷.

Tendo em consideração a importância da promoção do autocuidado e do conforto da mulher durante o puerpério, desenvolvi uma apresentação específica dirigida ao período pós-parto, à semelhança do que tinha sido elaborado para a gravidez (Apêndice

XXX). Esta apresentação teve como objetivo sensibilizar as puérperas e respectivos acompanhantes para a utilização do rebozo enquanto estratégia promotora de relaxamento e bem-estar no período pós-natal.

Paralelamente, foi elaborado um póster informativo dirigido a puérperas e acompanhantes, com informação clara e acessível sobre a utilização do rebozo no puerpério, incluindo os seus principais benefícios e exemplos de aplicação (Apêndice XXXI). Este material educativo procurou reforçar a importância do autocuidado da mulher após o parto e apresentar o rebozo como uma estratégia simples, segura e facilmente adaptável para promover conforto e relaxamento neste período. No póster são igualmente apresentadas algumas premissas para a aplicação do rebozo, bem como os principais benefícios associados à sua utilização, nomeadamente a promoção do relaxamento físico e emocional, a sensação de contenção e segurança, a diminuição da ansiedade e o apoio à recuperação do corpo após o parto. A disponibilização de informação e orientação dirigida ao autocuidado da mulher após o parto está de acordo com a **competência 4.2.1 – “Informa, orienta e apoia a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho”**¹⁷.

O póster foi também disponibilizado durante as sessões de PPP em suporte de papel e em formato digital através da leitura de um QR *code* (Apêndice XXXII), permitindo às grávidas guardar o material e consultá-lo posteriormente. A disponibilização deste recurso também às grávidas revelou-se pertinente, uma vez que possibilitou a sensibilização precoce para estratégias de conforto a mobilizar no período pós-natal.

Esta intervenção foi dinamizada no âmbito de uma sessão de RPP realizada em formato online, de modo a facilitar a participação das puérperas no seu domicílio. A utilização deste formato possibilitou ainda que a informação pudesse ser posteriormente revista pelas mulheres e partilhada com os respetivos acompanhantes, favorecendo o envolvimento da pessoa significativa na aplicação das técnicas, uma vez que as sessões ficam gravadas e são posteriormente disponibilizadas às participantes. Esta intervenção enquadra-se na **competência 4.3.2 – “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de recuperação pós-parto”**¹⁷.

A disponibilização de materiais educativos e a partilha de estratégias de conforto dirigidas ao período pós-natal constituem intervenções relevantes na promoção da

literacia em saúde e no empoderamento da mulher e da família. O EEESMO, ao capacitar a puérpera e o acompanhante para a utilização de estratégias de promoção do bem-estar, como a utilização do rebozo, contribui para uma maior autonomia na gestão do conforto durante o puerpério ^{4,6,78,122}. A implementação destas intervenções de educação para a saúde e promoção do bem-estar da puérpera, está em consonância com a **competência 4.1.6 – “Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável” ¹⁷** e na **competência 4.2.5 – “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto” ¹⁷**.

IV. Conclusão

A realização do presente relatório permitiu-me refletir criticamente sobre o percurso formativo desenvolvido ao longo dos vários ECs. Ao longo deste percurso, foi possível consolidar conhecimentos científicos, desenvolver competências especializadas e aprofundar a compreensão do papel do EEESMO na promoção do conforto da mulher ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

Ao longo dos diferentes contextos de EC foi-me possível reconhecer que a promoção do conforto assume um papel central na prestação de cuidados especializados, contribuindo para uma vivência mais positiva da gravidez, do TP e do puerpério. Neste sentido, a utilização do rebozo revelou-se uma estratégia simples, acessível e potencialmente eficaz para promover relaxamento, diminuir desconfortos e favorecer o bem-estar físico e emocional da mulher.

De uma forma global, considero que os objetivos inicialmente definidos no PIF foram atingidos. A implementação das diferentes atividades planeadas, nomeadamente a aplicação prática do rebozo, a elaboração de materiais educativos dirigidos a grávidas, puérperas e acompanhantes, a dinamização de sessões formativas para profissionais de saúde e a dinamização de sessões no âmbito dos programas de PPP e RPP, permitiu promover a divulgação desta técnica e sensibilizar para a sua utilização enquanto estratégia não farmacológica promotora de conforto. Estas intervenções contribuíram igualmente para capacitar a mulher e a pessoa significativa para a utilização de estratégias de conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal, reforçando a sua participação ativa no processo de cuidado.

Ao longo das diferentes valências, foi possível desenvolver e consolidar competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EEESMO, nomeadamente na prestação de cuidados à mulher durante a gravidez, TP, parto e puerpério, bem como no acompanhamento do RN e da família. A participação ativa nas diferentes atividades permitiu-me aprofundar competências técnicas, científicas e relacionais, fundamentais para uma prática clínica segura, humanizada e baseada na melhor evidência científica. Paralelamente, este percurso possibilitou também o desenvolvimento de competências associadas ao grau de mestre, nomeadamente ao nível da reflexão crítica sobre a prática, da utilização da evidência científica na tomada de

decisão clínica e da promoção da melhoria da qualidade dos cuidados. De um modo geral, a implementação do plano de projeto decorreu de forma positiva nos diferentes contextos de EC, tendo sido possível concretizar as atividades inicialmente planeadas e integrar as intervenções propostas na prática clínica.

As atividades desenvolvidas ao longo dos ECs, revelaram-se igualmente relevantes para a valorização da enfermagem na área da saúde materna e obstétrica, uma vez que permitiram reforçar a importância das intervenções autónomas do EEESMO na promoção do conforto e do bem-estar da mulher. A utilização de estratégias não farmacológicas, como o rebozo, evidencia o contributo da enfermagem para a humanização dos cuidados e para a promoção de experiências mais positivas da gravidez, parto e puerpério. Para além disso, o envolvimento da pessoa significativa na aplicação desta técnica revelou-se particularmente importante, uma vez que favorece o suporte emocional à mulher e promove a participação ativa do acompanhante no processo de cuidado.

Ao longo deste percurso foi também possível reconhecer a importância da capacitação da mulher e da família para a gestão dos desconfortos associados ao ciclo gravídico-puerperal, sendo que a disponibilização de informação clara e baseada na evidência científica contribui para aumentar a confiança da mulher, favorecer a sua autonomia e promover uma vivência mais positiva deste processo.

Apesar dos resultados alcançados, reconheço que a integração de estratégias não farmacológicas, como o rebozo, nos diferentes contextos clínicos ainda depende da sensibilização das equipas, dos rácios praticados e da valorização desta aplicação, constituindo um desafio para a prática futura.

Deste modo, considero que o percurso desenvolvido constituiu uma etapa fundamental no processo de desenvolvimento profissional enquanto futura EEESMO. A consolidação das competências adquiridas, aliada à reflexão crítica sobre a prática clínica, permitir-me-á no futuro integrar e mobilizar os conhecimentos adquiridos na prestação de cuidados especializados, contribuindo para a promoção do conforto e bem-estar da mulher, do RN e da família ao longo do ciclo gravídico-puerperal. Este percurso permitiu-me reforçar a importância de uma prática de enfermagem especializada centrada na mulher e na família, valorizando estratégias promotoras de conforto e contribuindo para uma vivência mais positiva do ciclo gravídico-puerperal.

V. Referências Bibliográficas

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2018. 1–210 p.
2. Cardoso A, Aires C, Machado S, Silva C, Grilo AR. Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto [Internet]. Papa-Letras. Ordem dos Enfermeiros, editor. 2023. Available from: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
3. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2017. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub6 PubMed PMID: 28681500.
4. Vinaver N, Keijzer M de, Tuyl T van. A técnica do rebozo revelada. Ema Livros; 2015. 1–127 p.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care (NG194) [Internet]. 2021 Apr. Report. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng194
6. Sales WB, Oliveira ASC de, Rocha ES, Constantino AEA, Gerônimo CA da S, Elesbão JVG de, et al. A técnica de rebozo na atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal: uma revisão integrativa. Research, Society and Development. 2020 May 10;9(7):e226973740. doi:10.33448/rsd-v9i7.3740
7. Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa; 2021. Report.
8. Diário da República. REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. 1996. Report.

9. Waller-Wise R. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation: An Overview. *Journal of Perinatal Education*. 2022 Jan 1;31(1):49–57. doi:10.1891/J-PE-D-20-00035
10. Tomey AM, Alligood MR. Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). 5.^a. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda; 2002. 1–750 p.
11. Virchez R, Sánchez K, Castro I, Guerrero M, Garcia F. Exposición itinerante del rebozo, como estrategia para la revalorización del patrimonio artesanal en el municipio de Tenancingo, Estado de México. *Revista Digital de Gestión Cultural* [Internet]. 2011 Nov 12 [cited 2024 Nov 9];2:48–69. Available from: <https://observatoriocultural.udgvirtual.udg.mx/repositorio/handle/123456789/936>
12. de Lima Silva M, Bernardino Gomes T, Izaltemberg Vasconcelos Rosenstock K, Marques Medeiros Silva J. O impacto da saúde mental no ciclo gravídico-puerperal. Report.
13. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco [Internet]. Lisboa; 2015. Report. Available from: www.dgs.pt
14. Gandolfi F, Gomes M, Reticena K, Santos M, Damini N. Mudanças na vida e no corpo da mulher durante a gravidez. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR* [Internet]. 2019 Jun;27(1):126–31. Available from: <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
15. Fatia A, Tinoco L. Trabalho de Parto. In: Néné M, Marques R, Amado Batista M, editors. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel; 2016. p. 308–20.
16. Silva A, Santos K, Passos S. Atuação do Enfermeiro na Assistência ao Parto Humanizado: Revisão Literária. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*. 2022;5:113–23. doi:<https://doi.org/10.55892/jrg.v5i10.349>
17. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 391/2019 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde

- Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.^a série, N.º 85 [Internet]. Portugal; 2019 May 3. p. 13560–5. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
18. Tralhão A, Carteiro D. Os benefícios da massagem terapêutica na gravidez e trabalho de parto. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*. 2021;21:57–69. doi:<https://doi.org/10.53795/rapeo.v21.2021.11>
 19. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.^a série - N.º 26 [Internet]. Portugal; 2019 Feb 6. p. 4744–50. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
 20. Ferreira AF. Fisiologia do Puerpério. In: Néné M, Marques rosália, Amado Batista M, editors. *Enfermagem da Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel; 2016. p. 438–42.
 21. Souza L, Ferreira J, Oliveira L, Chaves A, Monte A. Percepção das puérperas sobre a assistência humanizada de enfermagem no ciclo gravídico-puerperal revisão de literatura. *Revista Enfermagem Atual in Derme*. 2021;95:1–19. doi:<https://doi.org/10.31011/raid-2021-v.95-n.36-art.1218>
 22. Thuler A, Wall M, Souza M. Caracterização das mulheres no ciclo gravídico-puerperal e o incentivo à amamentação precoce. *Revista Enfermagem UERJ*. 2018;26. doi:10.12957/reuerj.2018.16936
 23. Orfão A. Determinação do Risco Materno-fetal. In: Néné M, Marques R, Amado Batista M, editors. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel; 2016. p. 108–16.
 24. Lavaredas A, Tomás V. Alterações Fisiológicas na Gravidez. In: Néné M, Marques R, Amado Batista M, editors. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel; 2016. p. 58–67.
 25. Boutib A, Chergaoui S, Marfak A, Hilali A, Youlyouz-Marfak I. Quality of Life During Pregnancy from 2011 to 2021: Systematic Review. *Int J Womens Health*.

- 2022 Aug 2;14:975–1005. doi:10.2147/IJWH.S361643 PubMed PMID: 35941917.
26. Siqueira AP, Mendes L. 31º Encontro de Iniciação Científica – PUC-SP [Internet]. [cited 2024 Nov 4]. p. 1–7. A percepção gestacional e a presença de queixas musculoesqueléticas em gestantes. Available from: <https://www5.pucsp.br/iniciacaocientifica/31eic/anais/pdf/166.pdf>
 27. Oliveira TL de, Almeida JLS, Silva TGL da, Araújo HSP, Juvino EORS. Desvelando as alterações fisiológicas da gravidez: Estudo Integrativo com foco na consulta de enfermagem. *Research, Society and Development*. 2020 Dec 18;9(12):1–16. doi:10.33448/rsd-v9i12.10836
 28. Al-Mutawtah M, Campbell E, Kubis HP, Erjavec M. Women’s experiences of social support during pregnancy: a qualitative systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2023 Dec 1;23(1):1–19. doi:10.1186/s12884-023-06089-0 PubMed PMID: 37950165.
 29. Aslantaş BN, Çankaya S. The effect of birth ball exercise on labor pain, delivery duration, birth comfort, and birth satisfaction: a randomized controlled study. *Arch Gynecol Obstet*. 2024 Jun 1;309(6):2459–74. doi:10.1007/s00404-023-07115-4 PubMed PMID: 37405439.
 30. Lima J, Guedes M, Silva L, Freitas M, Fialho A. Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2016 Dec [cited 2024 Nov 13];37:1–5. Available from: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/5zvvpqP5Kv5Xw9YtFfVYxCCj/?format=pdf&lang=pt> doi:10.1590/1983
 31. Gonçalves Martins A, Pontífice Sousa P, Margarida Marques R. Conforto: Contributo Teórico para a Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*. 2022 Nov 18;(27):1–8. doi:10.5380/ce.v27i0.85214
 32. Silva AD, Nascimento SS. Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem uma revisão integrativa. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*. 2023 Jul 1;VI:946–69. doi:10.5281/zenodo.8065092

33. Feder-Nadoff MA. *Performing Craft in Mexico: Artisans, Aesthetics, and the Power of Translation*. The Rowman & Littlefield Publishing Group, Inc.; 2022. 1–330 p.
34. DeSantana J, Perissinotti D, Junior J, Correia L, Oliveira C, Fonseca P. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Brazilian Journal of Pain*. 2020 Sep 1;161(9):1976–82. doi:10.1097/j.pain.0000000000001939 PubMed PMID: 32694387.
35. Ozcan H, Samur I, Uzun F, Sahin R. Cultural Methods Used by Women Who Give Vaginal Birth to Cope with Birth Labour Pain. *Int J Caring Sci [Internet]*. 2021 [cited 2024 Apr 10];14:1106. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=153590737&lang=pt-pt&site=ehost-live>
36. Néné M, Marques R, Bastista MA. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1º Edição. Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda; 2016.
37. Pedro L, Carvalho de Oliveira S. A Dor no Trabalho de Parto. In: Néné M, Marques R, Amado Batista M, editors. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel; 2016. p. 411–2.
38. Guerra A. A Dor em Obstetrícia. In: Néné M, Marques R, amado Batista M, editors. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel; 2016. p. 408–10.
39. Direção-Geral de Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco [Internet]. Lisboa; 2015. Available from: www.dgs.pt
40. Maskálová E, Mazúchová L, Kelčíková S, Samselyová J, Kukuciarová L. Satisfaction of women with childbirth. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2021;12(4):537–44. doi:10.15452/CEJNM.2021.12.0031
41. Kirby K. An Explortion of the Political and Philosophical Perspectives of Pain in Childbirth. *Midwifery Matters [Internet]*. 2023 [cited 2024 Apr 10];(177):13–6. Available from:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=164731607&lang=pt-pt&site=ehost-live>

42. Thomson G, Feeley C, Moran VH, Downe S, Oladapo OT. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: A qualitative systematic review. *Reproductive Health* [Internet]. BioMed Central Ltd.; 2019 [cited 2024 Apr 10]. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=31146759&lang=pt-pt&site=ehost-live> doi:10.1186/s12978-019-0735-4 PubMed PMID: 31146759.
43. Ferreira SSCH. Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor. In: Néné M, Marques R, Amado Batista M, editors. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel; 2016. p. 416–24.
44. Iversen ML, Midtgaard J, Ekelin M, Hegaard HK. Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2017 Mar 1;11:79–85. doi:10.1016/j.srhc.2016.10.005 PubMed PMID: 28159133.
45. Wijayanti IT, Sulistyaningsih SH, Khasanah U, Marfu'ah S, Altika S, Fadlilah S. Rebozo Technique Effectively Reduces Maternal Pain during childbirth stage 1 Active Phase. *Internacional Medical Journal*. 2023 Apr;30(2):96–8.
46. Tandoğan Ö, Oskay Ü. The effect of rebozo technique on perceived labour pain and childbirth experience: A randomized controlled trial. *Medicine (United States)*. 2024 Aug 30;103(35). doi:10.1097/MD.00000000000039346 PubMed PMID: 39213245.
47. Farag WKA, Ibrahim HI, Alam THM. Effect of Rebozo Techniques on Pain Intensity, Anxiety and birth experience among Primiparous Women during the Active Phase of Labor. *Menoufia Nursing Journal*. 2024 Oct 1;9(4):281–300. doi:10.21608/menj.2024.414770

48. Habibah P, Arlym LT. The Effect of the Rebozo Technique on the Length of the First Stage in Vaginal Labor. *Journal La Medihealtico*. 2026 Feb 4;7(1):58–68. doi:10.37899/journallamedihealtico.v7i1.2860
49. Hacıvelioğlu D, Tavşanlı NG, Şenyuva I, Kosova F. Delivery in a vertical birth chair supported by freedom of movement during labor: A randomized control trial. *Open Medicine*. 2023;18:1–8. doi:10.1515/med-2023-0633
50. Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa. Regulamento n.º 705/2021 - Regulamento dos Cursos de Mestrado em Enfermagem. *Diário da República* [Internet]. Portugal: 2.ª série, parte E; 2021 Jul 27. p. 122–9. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/705-2021-168374248>
51. Instituição Categoria - ULS de Almada Seixal [Internet]. [cited 2025 Apr 7]. Available from: <https://www.hgo.min-saude.pt/category/institucional/instituicao/>
52. Observatório CM-Almada [Internet]. [cited 2025 Apr 7]. Available from: <https://observatorio.cm-almada.pt/grandes-numeros-almada/40>
53. Área Materna e Infantil Categoria - ULS de Almada Seixal [Internet]. [cited 2025 Apr 7]. Available from: <https://www.hgo.min-saude.pt/category/servicos/area-materna-e-infantil/>
54. Martins AP. Portaria n 205/2024/1, de 11 de setembro. *Diário da República*, 1.ª série - N.º 176. 2024 Sep 11. p. 1–4.
55. Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa. Informação Complementar da Unidade Curricular: Estágio Profissional com Relatório. Lisboa; 2025 Feb. Report.
56. Dahlberg U, Persen J, Skogås AK, Selboe ST, Torvik HM, Aune I. How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2016 Mar 1;7:2–7. doi:10.1016/j.srhc.2015.08.001 PubMed PMID: 26826038.
57. Benyamini Y, Delicate A, Ayers S, Dikmen-Yildiz P, Gouni O, Jonsdottir SS, et al. Key dimensions of women's and their partners' experiences of childbirth: a

- systematic review of reviews of qualitative studies. PLoS One [Internet]. 2024 Mar 29 [cited 2025 Jun 18];19(3):1–32. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299151>
58. Davies A, Larkin M, Willis L, Mampitiya N, Lynch M, Toolan M, et al. A qualitative exploration of women's expectations of birth and knowledge of birth interventions following antenatal education. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;1–15. doi:10.1186/s12884-024-07066-x
 59. Gonçalves M, Silva AR, Furlan M, Luchesi B, Martins T. Educational booklet on labor and delivery: validity study. Revista brasileira de enfermagem. 2024;77(5):1–9. doi:10.1590/0034-7167-2024-0138 PubMed PMID: 39699421.
 60. Sequeira C. Literacia em saúde da grávida: estudo de alguns fatores intervenientes. Viseu; 2019 Jun. Report.
 61. Silva J, Santos L, Menezes A, Neto A, Melo L, Silva F. Utilização da prática baseada em evidências por enfermeiros no serviço hospitalar. Cogitare Enfermagem [Internet]. 2021 [cited 2025 Jun 29];26:1–19. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=6813b4e2-aebb-3672-b243-9bd507079adb>
 62. Pereira L, Silva K, Andrade M, Cardoso A. Educação permanente em saúde: uma prática possível. Revista de Enfermagem UFPE On Line [Internet]. 2018 May;12(5):1469–79. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a234569p1469-1479-2018> doi:10.5205/1981-8963-v12i5a234569p1469-1479-2018
 63. Mlambo M, Silén C, McGrath C. Lifelong learning and nurses' continuing professional development, a metasynthesis of the literature. BMC Nurs. 2021 Dec 1;20(1):1–13. doi:10.1186/s12912-021-00579-2
 64. Ordem dos Enfermeiros. Plano de Atividades e Orçamento 2024. Ordem dos Enfermeiros - Assembleia Geral Ordinária [Internet]. Santarém; 2024 [cited 2025 Jul 4]. p. 1–335. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/33582/plano-atividades-pao-2024.pdf>

65. Jayasundara DMCS, Jayawardane IA, Weliange SDS, Jayasingha TDKM, Madugalle TMSSB. Impact of continuous labor companion- who is the best: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS One. 2024 Jul 1;19(7 July). doi:10.1371/journal.pone.0298852 PubMed PMID: 39042637.
66. Kgodane MM, Yazbek M, Musie MR, Nesengani TV. Strategies for Implementing Birth Companion Support During Labour: A Scoping Review. Open Public Health J. 2025 Nov 18;18(1). doi:10.2174/0118749445425574251104081137
67. Lei n.º 15/2014 - Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Diário de República [Internet]. Portugal; 2014 Mar 21. p. 2127–31. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
68. Shareef N, Scholten N, Nieuwenhuijze M, Stramrood C, de Vries M, van Dillen J. The role of birth plans for shared decision-making around birth choices of pregnant women in maternity care: A scoping review. Women and Birth. 2023 Jul 1;36(4):327–33. doi:10.1016/j.wombi.2022.11.008 PubMed PMID: 36464597.
69. Ghahremani T, Bailey K, Whittington J, Phillips AM, Spracher BN, Thomas S, et al. Birth plans: definitions, content, effects, and best practices. Am J Obstet Gynecol. 2023 May;228(5):S977–82. doi:10.1016/j.ajog.2022.12.011 PubMed PMID: 37164502.
70. Ahmadpour P, Molaei G, Mirghafourvand M. The Effect of a Birth Plan on Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Midwifery & Reproductive Health. 2024;12(4):4381–95. doi:10.22038/JMRH.2024.67780.1992
71. Barradas A, Torgal A, Gaudêncio A, Prates A, Madruga C, Clara E, et al. Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras. Ordem dos Enfermeiros; 2015.
72. Graça LM. Medicina Materno Fetal. Lidel - Edições Técnicas, Lda.; 2017. 1–628 p.

73. Domínguez-Solís E, Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez JS. Non-pharmacological interventions to reduce anxiety in pregnancy, labour and postpartum: A systematic review. *Midwifery*. 2021 Nov 1;102. doi:10.1016/j.midw.2021.103126 PubMed PMID: 34464836.
74. Karaca FA, Özkan H, Apay SE. Effectiveness of interventions applied to pregnant and postpartum women on postpartum comfort: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2026 Jan 6;26. doi:10.1186/s12884-025-08589-7 PubMed PMID: 41491799.
75. Sendas MV, Freitas MJ. “The needs of women in the postpartum period: A scoping review.” *Midwifery*. 2024 Sep 1;136:104098. doi:10.1016/J.MIDW.2024.104098 PubMed PMID: 38986390.
76. Al-Zahrani A, Almutairi W, Elsaba H, Alzahrani S, Alzahrani S, Althobaiti L, et al. Primiparous Adaptation with Postpartum Health Issues in Jeddah City, Kingdom of Saudi Arabia: A Quantitative Study. *Nurs Rep*. 2021 Oct 12;11:775–86. doi:10.3390/nursrep11040074 PubMed PMID: 34968268.
77. Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women’s Health*. 2019;15. doi:10.1177/1745506519844044 PubMed PMID: 31035856.
78. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience: executive summary [Internet]. 2022 [cited 2024 Jun 18]. 1–10 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044074>
79. Hasanica N, Ramic-Catak A, Mujezinovic A, Begagic S, Galijasevic K, Oruc M. The Effectiveness of Leaflets and Posters as a Health Education Method. *Mater Sociomed*. 2020 Mar;32(2):135–9. doi:10.5455/msm.2020.32.135-139
80. Norholt H, Phillips R, McNeilly J, Price C. Babywearing Practices and Effects on Parental and Child Physical and Psychological Health. *Academic Journal of Pediatrics & Neonatology*. 2022 Jun 6;11(5). doi:10.19080/ajpn.2022.11.555876

81. Filingeri D, Cowley H, Merrick C, Gang PS, Filingeri VL. The effects of clothing layers on the thermoregulatory responses to short duration babywearing in babies under 12 months old. *Physiol Rep*. 2020 May 1;8(9). doi:10.14814/phy2.14425 PubMed PMID: 32378349.
82. Williams LR, Turner PR. Experiences with “Babywearing”: Trendy parenting gear or a developmentally attuned parenting tool? *Child Youth Serv Rev*. 2020 May 1;112:104918. doi:10.1016/J.CHILDYOUTH.2020.104918
83. Oliveira B, Jacinto R, Mattos C, Câmara L, Jacinto R, Fernandes H, et al. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: O que diz a literatura? *Research, Society and Development* [Internet]. 2025 Dec 13 [cited 2026 Feb 10];14. Available from: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/50213> doi:10.33448
84. Fumagalli S, Antolini L, Nespoli A, Panzeri M, Terenghi T, Ferrini S, et al. Rebozo and advanced maternal postures: A promising set of intrapartum interventions to reduce persistent occiput posterior position of the fetal head. *Eur J Midwifery*. 2024;8(October). doi:10.18332/EJM/191511
85. Galmarini E, Marciano L, Schulz PJ. The effectiveness of visual-based interventions on health literacy in health care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2024 Dec 1;24(1). doi:10.1186/s12913-024-11138-1
86. Buckley S, Uvnäs-Moberg K, Pajalic Z, Luegmair K, Ekström-Bergström A, Dencker A, et al. Maternal and newborn plasma oxytocin levels in response to maternal synthetic oxytocin administration during labour, birth and postpartum – a systematic review with implications for the function of the oxytocinergic system. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023 Dec 1;23(1). doi:10.1186/s12884-022-05221-w PubMed PMID: 36864410.
87. Walter MH, Abele H, Plappert CF. The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child. *Frontiers in Endocrinology*. 2021 Oct 27;12. doi:10.3389/fendo.2021.742236

88. Gracio ALR, Gracio ALR, Silva RA da, Silva AA da, Lima CR de, Reis DF dos. O cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: Contribuição do enfermeiro. *Brazilian Journal of Health Review*. 2020;3(4):8958–73. doi:10.34119/bjhrv3n4-141
89. Colak M, Akin B, Kalkan S, Yuvaci H. Effects of labor support on pregnant women's childbirth comfort, satisfaction and postpartum comfort levels: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025;25:1–10. doi:10.1186/s12884-025-07904-6 PubMed PMID: 40707892.
90. World Health Organization. WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term. 2022.
91. National Institute for Health and Care Excellence. Inducing labour (NG207) [Internet]. 2021 Nov. Report. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng207
92. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Suganuma M. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018 Mar 28;2018(3). doi:10.1002/14651858.CD009514.pub2 PubMed PMID: 29589650.
93. Tabatabaeichehr M, Mortazavi H. The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. *Ethiop J Health Sci*. 2020 May 1;30(3):449–58. doi:10.4314/ejhs.v30i3.16 PubMed PMID: 32874088.
94. Kazeminia M, Abdi A, Vaisi-Rayaga Aliakbar, Jalali R, Shohaimi S, Daneshkhah A, et al. The Effect of Lavender (*Lavandula stoechas* L.) on Reducing Labor Pain- A Systematic Review and Meta-Analysis. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2020 Nov 11;2020:1–11. doi:10.1155/2020/4384350
95. Santiváñez-Acosta R, Tapia-López E de las N, Santero M. Music therapy in pain and anxiety management during labor: A systematic review and meta-analysis. *Medicina*. 2020 Oct 1;56(10):1–11. doi:10.3390/medicina56100526 PubMed PMID: 33050409.

96. Kaya A, Yeşildere Sağlam H, Karadağ E, Gürsoy E. The effectiveness of aromatherapy in the management of labor pain: A meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2023 Dec 1;20. doi:10.1016/j.eurox.2023.100255
97. de Verastegui-Martín M, de Paz-Fresneda A, Jiménez-Barbero JA, Jiménez-Ruiz I, Ballesteros Meseguer C. Influence of laboring people's mobility and positional changes on birth outcomes in low-dose epidural analgesia labor: A systematic review with meta-analysis. *J Midwifery Womens Health*. 2023 Jan 1;68(1):84–98. doi:10.1111/jmwh.13446 PubMed PMID: 36504479.
98. Teixeira C, Zangão MO. A utilização de bolas de parto durante o trabalho de parto: uma revisão sistemática da literatura. *Millenium: Journal of Education, Technologies, and Health*. 2025 Dec 13;2025(16). doi:10.29352/mill0216e.35710
99. Galmarini E, Marciano L, Schulz PJ. The effectiveness of visual-based interventions on health literacy in health care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*. 2024 Dec 1;24(1). doi:10.1186/s12913-024-11138-1
100. Neves C, Resendes D, Natário H, Loureiro IM, Diniz JM, Ferreira JM, et al. Perfil Local de Saúde - Unidade Local de Saúde São José. Lisboa; 2025 Aug. Report.
101. Diário da República. Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro. 2023 Nov. Report.
102. Graça LM. Técnicas invasivas de diagnóstico e terapêutica do feto. In: Graça LM, editor. *Medicina Materno Fetal*. 5th ed. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda; 2017. p. 198–207.
103. Silva MJE da, Neves J. Exames Complementares de Avaliação Materno-fetal. In: Néné M, Marques R, Batista MA, editors. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda; 2016. p. 140–9.
104. Dimri N, Baijal A. Amniocentesis. *Revista de Medicina Fetal [Internet]*. 2023 May [cited 2025 Dec 11];(3):131–5. Available from:

https://www.researchgate.net/publication/303559820_Amniocentesis
doi:10.1007/s40556-016-0084-0

105. Jindal A, Sharma M, Karena Z V., Chaudhary C. Amniocentesis. *Obstetric Imaging: Fetal Diagnosis and Care*, 2nd Edition. 2023 Aug 14;473-475.e1. doi:10.1016/B978-0-323-44548-1.00111-X PubMed PMID: 32644673.
106. Organização Mundial de Saúde. Infertilidade [Internet]. 2025 [cited 2025 Dec 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
107. Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. Portal Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida [Internet]. [cited 2025 Dec 11]. Available from: <https://www.cnpma.org.pt/>
108. Cheio E. Procriação Medicamente Assistida. In: Néné M, Marques R, Batista MA, editors. *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda; 2016. p. 40–8.
109. Zarqaoui M, Zakaria M, Louanjli N, En-Naciri N, Ennaji M, Jamil M, et al. Follicular Fluid aspiration and Oocyte Retrieval Techniques, Several Flushing, Difficulty Situations Damage Risk to the Cumulus Complex and Complications. *Acta Scientific Women's Health*. 2020 Aug;2:24–33.
110. Direção-Geral da Saúde. Norma N.º 09/2024 de 17/10/2024 - Programa de rastreio de base populacional do cancro do colo do útero. Direção-Geral da Saúde. 2024 Oct 17.
111. Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia. Colposcopy guidelines. Standards of quality. 2018. 1–80 p.
112. World Health Organization. WHO Guidelines for Screening and treatment of pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition. World Health Organization; 2021. 1–115 p.
113. Umranikar S, Clark TJ, Saridogan E, Miligkos D, Arambage K, Torbe E, et al. BSGE/ESGE guideline on management of fluid distension media in operative

- hysteroscopy. *Gynecological Surgery*. Springer Verlag; 2016. p. 289–303. doi:10.1007/s10397-016-0983-z PubMed PMID: 28003797.
114. Wu M, Wijaya M, Kherlopian A, Fischer G. Quality of life impact and treatment response in vulval disease: Comparison of 3 common conditions using the Vulvar Quality of Life Index. *Australas Journal of Dermatology*. 2022;63(4):320–8. doi:10.1111/ajd.13898
 115. Bati-Paracha A, Sharma M. Management of Bartholin’s cyst and abscess. *The Obstetrician & Gynaecologist*. 2023 Jan;25(1):72–7. doi:10.1111/tog.12847
 116. Carlson K, Wittler M. Bartholin Gland Cyst. StatPearls Publishing. 2025 Aug 19. doi:10.53347/rid-96512 PubMed PMID: 30335304.
 117. Diário da República. Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 fevereiro. Diário da República, 1.ª série, N.º 38. 2008 Feb 22. p. 1–8.
 118. Manual de Acolhimento para novos Profissionais e Alunos de Enfermagem da UCC Oriente. Lisboa; 2023 Mar. Report.
 119. Regulamento Interno UCC Oriente. 2026 Jan. Report.
 120. Nori W, Kassim MAK, Helmi ZR, Pantazi AC, Brezeanu D, Brezeanu AM, et al. Non-Pharmacological Pain Management in Labor: A Systematic Review. *J Clin Med*. 2023 Dec 1;12(23):1–21. doi:10.3390/jcm12237203
 121. Athinaidou AM, Vounatsou E, Pappa I, Harizopoulou VC, Sarantaki A. Influence of Antenatal Education on Birth Outcomes: A Systematic Review Focusing on Primiparous Women. *Cureus*. 2024 Jul 14. doi:10.7759/cureus.64508
 122. Lambermon F, Vandenbussche F, Dedding C, van Duijnhoven N. Maternal self-care in the early postpartum period: An integrative review. *Midwifery*. 2020 Nov 1;90:1. doi:10.1016/j.midw.2020.102799 PubMed PMID: 32739715.
 123. Auguste T, Gulati M. Optimizing Postpartum Care - ACOG Committee Opinion N.º 736. *OBSTETRICS & GYNECOLOGY ACOG COMMITTEE OPINION* Number. 2018 May;131(5):e140–50.

124. Finlayson K, Crossland N, Bonet M, Downe S. What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS One*. 2020 Apr 22;15(4):1–23. doi:10.1371/journal.pone.0231415 PubMed PMID: 32320424.
125. Tengo GA, Aliyu SA, Endalew ES, Adafirie TN. Self-care practice and associated factors among postpartum mothers at Karat town, Konso zone, southern, Ethiopia: 2022. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025 Dec 1;25(1). doi:10.1186/s12884-025-07821-8 PubMed PMID: 40604615.

Apêndices

Apêndice I – Resumo do artigo de revisão sistemática: “Intervenções autónomas do EEESMO na gestão da dor na fase latente do trabalho de parto: uma revisão sistemática” a ser publicado na revista *Salutis Scientia*

Artigo de Revisão Sistemática

Intervenções autónomas do EEESMO na gestão da dor na fase latente do trabalho de parto: uma revisão sistemática

Autonomous midwifery interventions in pain management during the latent phase of labor: a systematic review

Ana Santos¹, Cláudia Cordeiro^{1*}, Débora Evangelista¹, Vanessa Palma¹, Dora Carteiro¹

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

anasantos9212@esscvp.eu, claudiacordeiro9244@esscvp.eu, deboraevangelista9229@esscvp.eu, vanessapalma9255@esscvp.eu, dcarteiro@esscvp.eu

A fase latente do trabalho de parto (TP) constitui um desafio tanto para as parturientes, como para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Trata-se de uma fase de duração variável e pouco definida que frequentemente não constitui critério para internamento hospitalar, implicando que a gestão da sensação dolorosa das contrações ocorra no domicílio. A metodologia utilizada foi a revisão sistemática da literatura, partindo da questão de investigação “Quais as intervenções autónomas do EEESMO na gestão da dor na fase latente do TP?”. A pesquisa decorreu nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, PubMed e MedicLatina. Foram incluídos estudos publicados nos últimos cinco anos, de acesso livre, na língua portuguesa, inglesa ou espanhola, cuja amostra fosse constituída por grávidas de termo em fase latente do TP, obtendo-se no final, cinco artigos. Da análise destes artigos emergiram como intervenções não farmacológicas: a aromaterapia, as técnicas de distração do foco da dor e a acupressão, e destacou-se a importância da relação terapêutica.

O EEESMO deve procurar conhecimento atualizado sobre métodos não farmacológicos de gestão da dor valorizando-se a formação contínua nesta área. As competências comunicacionais são fundamentais na abordagem destas temáticas, assim como na importância da relação terapêutica estabelecida com as parturientes. Salienta-se a necessidade de manter a investigação sobre a gestão da dor do TP direcionando para as particularidades desta fase.

The latent phase of labor presents a challenge for both parturient women and midwives. It is a phase of variable and poorly defined duration that often does not constitute a criterion for hospital admission, meaning that the management of painful contractions occurs at home. The methodology used was a systematic literature review, based on the research question "What are the autonomous interventions of the midwife in pain management during the latent phase of labor?". The search was conducted in the MEDLINE, CINAHL, PubMed, and MedicLatina databases. Studies published in the last five years, freely accessible, in Portuguese, English, or Spanish, whose sample consisted of full-term pregnant women in the latent phase of labor, were included, resulting in five articles. The analysis of these articles revealed aromatherapy, pain distraction techniques, and acupuncture as non-pharmacological interventions, highlighting the importance of the therapeutic relationship. The midwife should seek up-to-date knowledge on non-pharmacological methods of pain management, valuing continuous training in this area. Communication skills are fundamental in addressing these topics, as is the importance of the therapeutic relationship established with parturient women. The need to maintain research on labor pain management, focusing on the particularities of this phase, is emphasized.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho de parto; fase latente do trabalho de parto; dor do trabalho de parto; cuidados de enfermagem; gestão da dor; enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica.

KEY WORDS: Labor; latent phase of labor; labor pain; nursing care; pain management; midwife.

Submetido em 06.01.2026; Aceite em 22.02.2026; Publicado em 30.11.2026.

* Correspondência: Cláudia Cordeiro
Email: claudiacordeiro9244@esscvp.eu

INTRODUÇÃO

A dor é habitualmente definida como uma sensação desagradável e emocionalmente perturbadora relacionada com uma lesão real ou potencial, sendo por isso considerada patológica¹. No entanto, esta definição parece não se enquadrar no contexto de trabalho de parto (TP), na medida em que este é um processo fisiológico associado a um acontecimento habitualmente feliz da vida da mulher. Ainda assim, a dor sentida em TP é muitas vezes intensa e desafiante, para além de que a sua vivência é

subjetiva, apresentando um carácter multifatorial e individual^{1,2}.

A fase latente do TP pode ser de progressão bastante lenta, sendo que as contrações são habitualmente irregulares em frequência e acompanhadas de uma sensação dolorosa intensa³.

A duração desta fase é muito variável não existindo consenso sobre quanto tempo pode durar; no entanto sabe-se que se pode prolongar por várias horas. Esta é uma fase desafiante para as mulheres, uma vez que em muitas instituições de saúde não constitui critério de admissão no bloco de partos. As parturientes são incentivadas a adiar o

internamento e a adotar estratégias para gerir a dor e o desconforto no domicílio, na medida em que estão desaconselhadas intervenções para encurtar a duração do TP⁴.

Neste contexto, é essencial a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO) tendo em conta que, pela sua formação específica e competências, tem a oportunidade de contribuir para a gestão desta fase e da dor que a caracteriza, atuando na promoção do conforto e bem-estar^{5,6}. Na fase latente, o EEESMO poderá ter uma ação fundamental promovendo a participação ativa das mulheres durante o TP, através da implementação de intervenções autónomas de enfermagem⁷. Estas intervenções, podem ser implementadas diretamente pelo EEESMO ou, mobilizados pela grávida e pessoa significativa em contexto de ambulatório, após educação e capacitação. A estes métodos parecem estar associados a promoção da relação de proximidade com o profissional de saúde e com o acompanhante⁸, a satisfação das necessidades individuais da grávida, a promoção da sua autoestima e participação ativa durante o TP^{2,3,9}.

Apesar da reconhecida relevância da dor nesta fase, a investigação científica centra-se predominantemente na fase ativa do TP, revelando-se escassos os estudos direcionados para a fase latente. Esta lacuna é particularmente relevante no contexto da prática do EEESMO, uma vez que é neste período que a mulher se encontra mais dependente de estratégias não farmacológicas e de capacitação para a autogestão da sua dor, exigindo intervenções fundamentadas na melhor evidência disponível. Assim, realizou-se uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar as intervenções autónomas do EEESMO na gestão da dor associada à fase latente do TP.

METODOLOGIA

Para dar resposta ao objetivo, partiu-se da questão de investigação: "Quais são as intervenções autónomas do EEESMO na gestão da dor associada à fase latente do TP?" Para a definição dos critérios de inclusão e exclusão foi utilizada a estratégia *Patient, Intervention e Outcome* (PIO), tal como recomendada por *Joanna Briggs Institute* (JBI). Assim definiu-se: P (*Patient*): grávidas de termo com dor associada à fase latente de trabalho de parto; I (*Intervention*): intervenções autónomas de enfermagem na gestão da dor da fase latente do trabalho de parto; e O (*Outcome*): diminuição da dor associada à fase latente do trabalho de parto.

Como critérios de inclusão, consideraram-se artigos cuja amostra foram grávidas de termo com dor associada à fase latente do TP e artigos que fizessem referência a intervenções autónomas de enfermagem. Definiram-se como critérios de exclusão desta revisão os artigos publicados há mais de cinco anos, de forma a garantir a inclusão de evidência científica atualizada e alinhada com a evolução da prática clínica e das recomendações em saúde materna e obstétrica. Ainda que os recursos às medidas não farmacológicas da gestão da dor tenham uma tradição histórica nos cuidados de enfermagem, foi considerado relevante a procura por metodologias mais recentes e adequadas aos contextos da prática atual. Foram igualmente excluídos artigos sem acesso a texto integral ou que exigissem pagamento, publicados em idiomas diferentes do português, inglês ou espanhol, bem como estudos que abordassem métodos farmacológicos de gestão da dor ou intervenções autónomas de enfermagem que implicassem formação avançada específica, não realizáveis por todos os EEESMO.

A pesquisa ocorreu durante o mês de abril de 2024 nas bases de dados CINAHL, Pubmed, MEDLINE e MedicLatina, utilizando os seguintes descritores Mesh validados: *obstetric nursing; labor pain; labor,*

obstetric; labor onset; nurse midwives; pain; pain management e pain relief (Tabela 1), tendo sido efetuada por quatro revisores, divididos em dois grupos, tendo sido realizada uma discussão final para consenso. A partir das relações entre os descritores (Tabela 2), chegou-se à seguinte equação de pesquisa, com a qual se pesquisou nas quatro bases de dados selecionadas:

[(Nurs*OR nurse midwives OR obstetric nursing) AND (labor OR labor pain OR Labor onset) AND (pain OR pain management OR pain relief)]

RESULTADOS

Na base de dados MEDLINE obtiveram-se 21 artigos, na CINAHL obtiveram-se 45 artigos, na Pubmed obtiveram-se 48 artigos e na MedicLatina obtiveram-se três artigos. Numa primeira análise, foram rejeitados 31 artigos por duplicação nas diferentes bases de dados. Pela aplicação dos critérios de exclusão acima referidos, foram rejeitados 48 artigos. Ficaram selecionados para leitura de título e resumo 38 artigos. A estes foram aplicados os critérios de inclusão já mencionados, tendo-se selecionado 17 artigos para leitura de texto integral. Após esta leitura, foram selecionados cinco artigos, considerados aptos a responder à questão de investigação.

De modo a esquematizar todo o processo de seleção dos estudos utilizou-se a metodologia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA) (Figura 1). Para cada artigo foram identificados os autores, os objetivos do estudo, a metodologia utilizada, o país onde decorreu o estudo, o ano de publicação, a amostra utilizada, as intervenções de enfermagem em estudo, os resultados obtidos com as intervenções e o grau de evidência dos estudos de acordo com a hierarquia de evidência proposta pela JBI (Tabela 3). Desta análise emergiram dois artigos que tiveram como país de origem o Brasil, dois a Turquia e um a China. Incluíram-se na revisão estudos com diferentes

níveis de evidência, nomeadamente duas revisões da literatura, um estudo descritivo e dois estudos quase-experimentais¹⁰⁻¹⁴.

No final, destacaram-se quatro intervenções autônomas de enfermagem consideradas aptas a corresponder às exigências específicas da fase latente do TP, nomeadamente, a aromaterapia (identificada em dois dos cinco estudos), a acupressão, a relação terapêutica de enfermagem e a utilização de técnicas de distração do foco de dor¹⁰⁻¹⁴.

DISCUSSÃO

A dor severa durante o TP está associada a desfechos negativos, quer para a mãe, quer para o feto, estando frequentemente associada ao aumento da duração do TP¹⁵.

Aromaterapia

A aplicação da aromaterapia com as respetivas orientações foi a intervenção mais referida dentro dos artigos selecionados^{10,12}. Esta inclui-se nas medidas de promoção do ambiente em que se desenvolve o TP, sendo uma estratégia comumente referida noutros estudos sobre estratégias sensoriais de gestão da dor¹⁵.

Acupressão

Um dos estudos selecionados, desenvolvido com 85 parturientes com útero cicatricial, demonstrou que a estimulação dos pontos Guanyuan (CV4), Hoku (LI4) e Kunlun (BL60), na fase latente do TP, produziu redução significativa da dor e da ansiedade¹¹. Estes achados são consistentes com uma revisão sistemática de 2020, que evidenciou que a acupressão e a acupuntura reduzem de forma consistente a percepção dolorosa e aumentam a satisfação materna²⁰. Uma revisão realizada em 2023, reforça que esta técnica é uma das intervenções não farmacológicas mais eficazes e

seguras, sendo facilmente ensinada e aplicada sob supervisão do EEESMO na fase latente do TP^{21,22}.

Relação terapêutica

A relação terapêutica de enfermagem também emergiu como estratégia de gestão da dor durante a fase latente¹⁴. Esta relação inclui aspetos relacionados com a comunicação estabelecida entre os EEESMOS e as parturientes. O reforço positivo, a gestão da privacidade e, mais uma vez a gestão do ambiente, são aspetos que são frequentemente valorizados e associados a cuidados humanizados^{14,16,17}.

Distração do foco da dor

As estratégias de distração/ alteração do foco da dor durante o TP através da utilização de cartões com imagens, por exemplo, também surgiram como estratégias a serem mobilizadas na fase latente¹³. Estas técnicas de distração têm sido tema de estudos recentes^{18,19}. Uma revisão sistemática da literatura de 2025, procurou sistematizar evidência sobre a utilização da música na gestão da dor do TP, tendo-se destacado o seu benefício como foco de distração da dor, com resultados positivos durante a fase latente do TP¹⁸. Outro estudo de 2024, analisou as experiências de 19 mulheres que recorreram à realidade virtual como técnica de distração, tendo a maioria relatado experiências positivas com a sua utilização, incluindo um aumento do relaxamento e do autocontrolo numa fase inicial do TP¹⁹.

Promoção do conforto na fase latente do TP

Os resultados encontrados reforçam o defendido por Kolcaba⁶, tendo em conta que apontam para aspetos ambientais e psicológicos que influenciam o conforto da mulher em fase latente do TP. O aumento do conforto, por sua vez, parece estar associado ao aumento da satisfação com o parto e com um menor grau de dor percebido².

Implicações para a prática do EEESMO

Foi interessante perceber como a formação dos enfermeiros e o seu grau de autonomia nos cuidados às parturientes é relevante nesta temática.

O grau de investimento dos enfermeiros na sua formação em algumas destas técnicas, os anos de experiência na profissão e o rácio de enfermeiros por parturiente, parecem ser determinantes para o uso destas intervenções, aspetos a considerar na abordagem a este tema¹⁷. Por outro lado, da análise decorrente dos artigos também se percebeu uma tendência de complementaridade entre estratégias. A relação terapêutica de enfermagem é uma intervenção que incentiva à utilização de outras medidas, como a massagem ou técnicas respiratórias, gerando inclusive um incentivo à sua utilização por parte da pessoa significativa escolhida pela grávida². A implementação estruturada destas intervenções na prática clínica do EEESMO vai ao encontro das recomendações da Organização Mundial de Saúde e do Royal College of Midwives^{4,23}. Estas organizações promovem a prática de cuidados baseados na evidência, centrados na experiência positiva da mulher, otimizam o conforto e contribuem para a humanização do TP e parto^{21,22}.

Limitações metodológicas dos estudos incluídos

Apesar dos resultados promissores identificados, os estudos disponíveis apresentam limitações metodológicas e contextuais que devem ser consideradas na interpretação dos achados.

As amostras consideradas nos estudos, são de reduzida dimensão e a metodologia utilizada baseia-se em estudos quase-experimentais, descritivos e revisões da literatura, o que condiciona a qualidade da evidência reforçando a necessidade de estudos primários nesta temática.

Os estudos incluídos realizaram-se em contextos clínicos diferentes da realidade portuguesa. Estas diferenças podem também influenciar a aplicabilidade dos resultados, devendo estes ser interpretados à luz do contexto cultural em que o estudo se insere.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão sistemática evidenciou como intervenções autónomas do EEESMO na gestão da dor associada à fase latente do TP, intervenções que integrem a aromaterapia e a acupressão, intervenções que valorizem a relação terapêutica de enfermagem e que também utilizem técnicas de distração do foco de dor.

O desafio de gerir a dor da fase latente do TP antes da admissão no bloco de partos, aponta para uma dimensão crítica da prática profissional, evidenciando a necessidade de investimento contínuo na capacitação do EEESMO em metodologias não farmacológicas de gestão da dor. Mostrou-se também relevante o desenvolvimento de linhas de investigação, que tenham como foco a fase latente e a elaboração de protocolos mais específicos, em contexto de ambulatório e no acompanhamento pré-natal.

Esta revisão sistemática reforça o valor e a visibilidade da intervenção autónoma do EEESMO na gestão da dor na fase latente do TP, destacando a relevância de abordagens integrativas que considerem não só o alívio físico da dor, mas também o suporte emocional e o ambiente terapêutico. A humanização do cuidado, o fortalecimento do vínculo com a mulher e a valorização das suas preferências, emergem como elementos centrais para otimizar os desfechos maternos e neonatais.

REFERÊNCIAS

- DeSantana J, Perissinotti D, Junior J, Correia L, Oliveira C, Fonseca P. The revised international association for the study of pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Brazilian Journal of Pain*. 2020;161(9):1976–82.
- Ozcan H, Samur I, Uzun F, Sahin R. Cultural methods used by women who give vaginal birth to cope with birth labour pain. *Int J Caring Sci*. 2021;14:1106.
- Néné M, Marques R, Bastista MA. *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. 10 Edição. Lisboa: Lidel - edições técnicas, Lda; 2016.
- World Health Organization [WHO]. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. Regulamento n.º 391/2019 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República*, 2ª série, N.º 85, 391/2019 Portugal; Mai 3, 2019 p. 13560–5. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documentos/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Tomey AM, Alligood MR. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda; 2002.
- Diário da República. REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro 1996. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Thomson G, Feeley C, Moran VH, Downe S, Oladapo OT. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reprod Health*. 2019;16(1):71.
- Maskálová E, Mazúchová L, Kelčíková S, Samselyová J, Kukuciarová L. Satisfaction of women with childbirth. *Cent. Eur J Nurs Midwifery*. 2021;12(4):537–44.
- Silva M, Sombra I, Silva J, et al. Aromaterapia para alívio da dor durante o trabalho de parto. *Revista de Enfermagem UFPE*. 2019;13(2):455.
- Wei D, Qian X, Hong Y, Ye R, He D. Effect of midwife intervention coupled with acupressure on the vaginal delivery rate and negative emotion in parturients with scarred uterus re-pregnancy. *Am J Transl Res*. 2021;13(8):9429–36.
- Borges Fonseca M, Laia Da Mata JA, Rocha MF, Fróes C, Sanfelice O. Benefits of using essential oils and aromatherapy in labor. *J Nurs UFPE*. 2023;17:254393.
- Yurtsev E, Sahin N. Distraction and focusing on the management of labour pain: stereograms. *JNER*. 2021;18(2):256–61.
- Cicek O, Mete S. The effects of intermittent supportive nursing care on labor outcome: a quasi-experimental study. *Int J Caring Sci*. 2021;14:1–337.
- Mujiyani SA, Latifah L. Pain management in the first stage of labour using sensory stimulation. *Br J Midwifery*. 2022;30(7):396–404.

Intervenções autônomas do EEESMO na gestão da dor na fase latente do trabalho de parto

16. Ozcan H, Samur I, Uzun F, Sahin R. Cultural methods used by women who give vaginal birth to cope with birth labor pain. *Int J Caring Sci.* 2022;15:1-546.
17. Elgzar WT, Alshahrani MS, Ibrahim HA. Non-pharmacological labor pain relive methods: utilization and associated factors among midwives and maternity nurses in Najran, Saudi Arabia. *Reprod Health.* 2024;21(1):1-9.
18. Vaid R, Fareed A, Farhat S, et al. Sounds of comfort: the impact of music therapy on labor pain and anxiety in primigravida women during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health.* 2025;22(1):1-10.
19. Massov L, Robinson B, Rodriguez-Ramirez E, Maude R. «Giving birth on a beach»: women's experiences of using virtual reality in labour. *PLoS One.* 2024;19(6):1-14.
20. Smith CA, Collins CT, Levett KM, et al. Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;2(2):1-118.
21. Nori W, Kassim MAK, Helmi ZR et al. Non-pharmacological pain management in labor: a systematic review. *J Clin Med.* 2023;12(23):7203.
22. Suarez-easton S, Erez O, Zafran N, Carmeli J, Garmi G, Salim R. Pharmacological and non-pharmacological options for pain relief during labor: an expert review. *Am J Obstet Gynecol.* 2023;228(5):S1246-S1259.
23. Royal College of Midwives. Position statement: complementary therapies in maternity care. London: RCM; 2021. Disponível em: <https://rcm.org.uk/publications/complementary-therapies/>

1
2

Tabela 1 – Resultados da pesquisa dos descritores Mesh nas diferentes bases de dados

Descritores Mesh	CINAHL	PubMed	MEDLINE	MedicLatina
<i>Obstetric nursing</i>	22 artigos	31 artigos	6 artigos	3 artigos
<i>Nurs*</i>	21935 artigos	71477 artigos	24640 artigos	1124 artigos
<i>Labor pain</i>	70 artigos	318 artigos	69 artigos	1 artigo
<i>Labor obstetrics</i>	0 artigo	1796 artigos	4 artigos	1 artigo
<i>Labor onset</i>	4 artigos	104 artigos	18 artigos	0 artigos
<i>Nurse midwives</i>	150 artigos	227 artigos	223 artigos	0 artigos
<i>Pain</i>	16931 artigos	169203 artigos	46572 artigos	1604 artigos
<i>Pain management</i>	1068 artigos	11479 artigos	2421 artigos	64 artigos
<i>Pain relief</i>	777 artigos	7234 artigos	2024 artigos	35 artigos

Tabela 2 – Resultados da aplicação da equação de pesquisa nas diferentes bases de dados

Search	Descritores Mesh	CINAHL	PubMed	MEDLINE	MedicLatina
#1	<i>Nurs*</i>	21935	71477	24640	1124
#2	<i>Nurse Midwives</i>	150	227	223	0
#3	<i>Obstetric nursing</i>	22	31	6	3
S1	#1 OR #2 OR #3	21935	71477	24640	1124
#4	<i>Labor</i>	2250	16729	4801	295
#5	<i>Labor Pain</i>	70	318	69	1
#6	<i>Labor onset</i>	4	104	18	0
S2	#4 OR #5 OR #6	2250	16729	4801	296
#7	<i>Pain</i>	16931	169203	46572	1604
#8	<i>Pain management</i>	1068	11479	2421	64
#9	<i>Pain relief</i>	777	7234	2024	35
S3	#7 OR #8 OR #9	16931	169203	47910	1604

Tabela 3 – Análise dos artigos incluídos na revisão

TÍTULO	ANÁLISE
Aromaterapia para alívio da dor durante o trabalho de parto (1)	Autores Silva, Maria Andréia da; Sombra, Isabel Veras de Sousa; Silva, Janaina Selegy Jacinto da; Silva, Júlio César Bernardino da; Dias, Leticia Rafaelle Figueirôa de Melo; Calado, Raíssa Soares Ferreira; Albuquerque, Nayale Lucinda Andrade; Silva, Géssyca Adryene de Menezes Objetivos do estudo Analisar o uso da aromaterapia no alívio da dor ao longo do trabalho de parto. Metodologia Revisão narrativa da literatura País onde ocorreu o estudo Brasil Ano Publicação 2019 Amostra Artigos selecionados nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDNF entre 2000 e 2017. Intervenções de enfermagem A aromaterapia pode ter várias aplicações como por exemplo, acupressão, massagem, banho de imersão e inalação. Sendo que a maioria das grávidas opta pela inalação. Resultados obtidos A aromaterapia utilizada por inalação, para além da redução da dor em mulheres nulíparas, também ajudou na redução do medo e da ansiedade. Grau de Evidência Não Aplicável segundo JBI (por incluir estudos com diferentes níveis de evidência)
Effect of midwife intervention coupled with acupressure on the vaginal delivery rate and negative emotion in parturients with scarred uterus	Autores Wei, Daping; Qian, Xiufang; Hong, Yan; Ye, Rui; He, Donghui Objetivos do estudo Investigar qual o efeito da acupressão aplicado pela parteira na taxa de parto via vaginal em grávidas com cicatrizes uterinas anteriores. Metodologia Estudo retrospectivo comparativo quase-experimental

Intervenções autónomas do EEESMO na gestão da dor na fase latente do trabalho de parto

re-pregnancy (2)	País onde ocorreu o estudo	China
	Ano Publicação	2021
	Amostra	85 grávidas com cicatrizes uterinas anteriores: grupo de investigação (43), grupo de controlo (42).
	Intervenções de enfermagem	Intervenção da parteira e acupressão (pontos LI4, BL60, CV4)
	Resultados obtidos	A acupressão poderá ajudar na diminuição da ansiedade e depressão. Quando aplicada durante o trabalho de parto, pode acelerar o trabalho de parto, alívio da dor e aumentar a taxa de parto via vaginal.
Grau de evidência		II

Benefits of using essential oils and aromatherapy in labor (3)	Autores	Fonseca, Mariana Borges; Mata, Júnia Aparecida Laia da; Rocha, Cristianne Maria Famer, Sanfelice, Clara Fróes de Oliveira.
	Objetivos do estudo	Identificar os benefícios da utilização de óleos essenciais e aromaterapia no trabalho de parto.
	Metodologia	Revisão integrativa da literatura
	País onde ocorreu o estudo	Brasil
	Ano Publicação	2023
Intervenções de enfermagem	Amostra	14 artigos científicos publicados entre 2016 e 2021
		Utilização da aromaterapia e óleos essenciais durante o trabalho de parto.

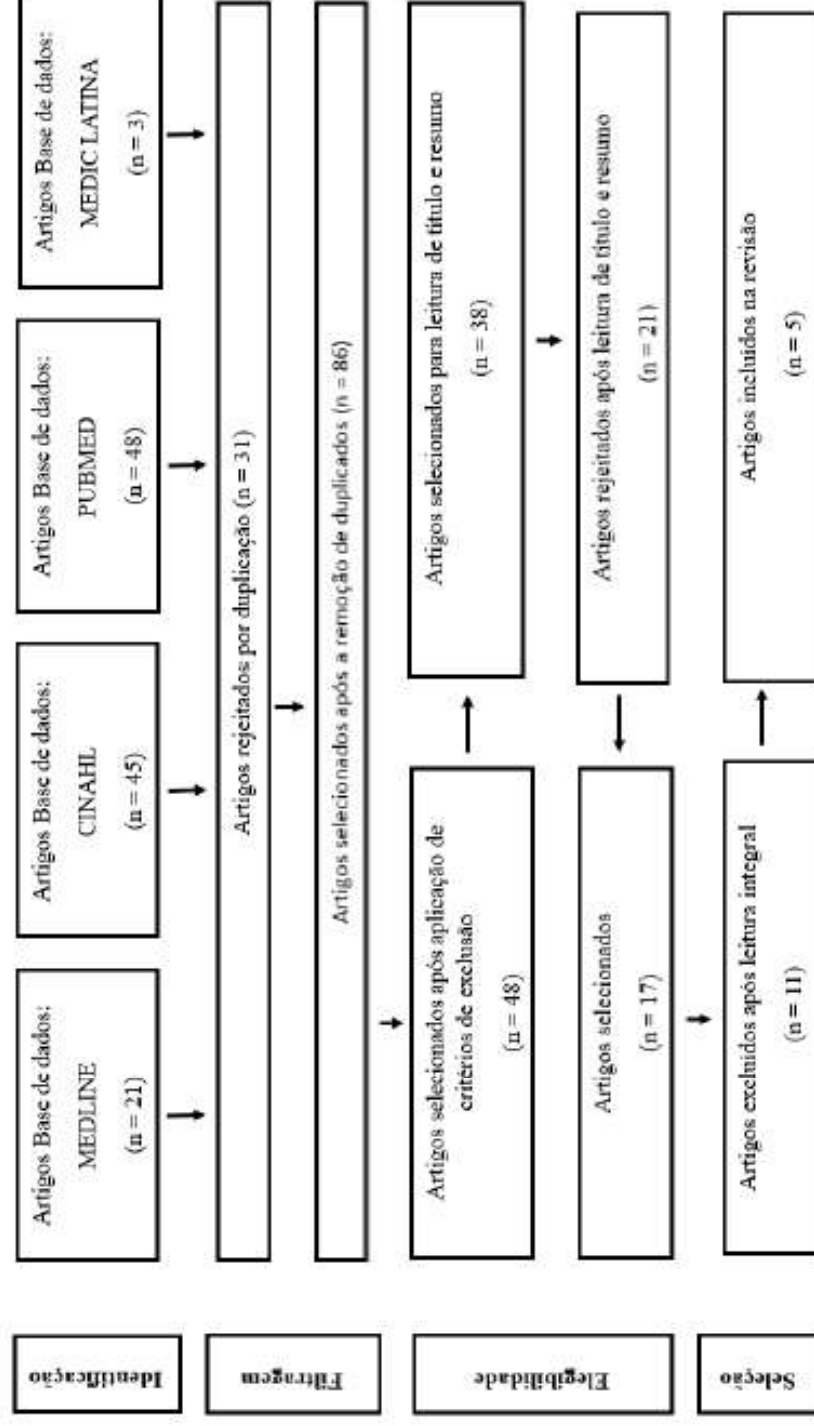
Resultados obtidos A aromaterapia e a utilização de óleos essenciais durante o trabalho de parto favorecem o alívio da intensidade da dor, diminuição dos níveis de ansiedade e o aumento do nível de satisfação das mulheres para uma experiência de parto positiva.

Grau de Evidência Não Aplicável segundo JBI (por incluir estudos com diferentes níveis de evidência)

Distraction and Focusing on the Management of Labour Pain: Stereograms (4)	Autores	Esra Yurtsev, Nevin Şahin
	Objetivos do estudo	Explicar o papel dos cartões de estereogramas preparados especificamente para o trabalho de parto para ajudar a grávida a lidar com a dor durante as contrações.
	Metodologia	Estudo descritivo
	País onde ocorreu o estudo	Turquia
	Ano Publicação	2021
	Amostra	60 parturientes em trabalho de parto
	Intervenções de enfermagem	Utilização de cartões com imagens como estratégia de distração/ alteração do foco da dor durante o trabalho de parto.
	Resultados obtidos	A técnica baseia-se no princípio de que a distração e a concentração reduzem a percepção da dor, bloqueando a transmissão dos sinais de dor para o córtex cerebral. Esta é considerada mais eficaz durante a fase latente, numa altura em que as contrações são menos intensas e a parturiente tem maior capacidade de concentração.
	Grau de Evidência	V
	Autores	Ozlem Cicek ; Samiye Mete
The Effects of Intermittent Supportive Nursing Care on	Objetivos do estudo	Examinar os efeitos do apoio intermitente de enfermagem nos resultados associados ao trabalho de

Labor Outcome:		parto
A Quasi-Experimental Study (5)		Estudo quase-experimental
Metodologia		
País onde ocorreu o estudo	Turquia	
Ano Publicação	2021	
Amostra	Grupo de controlo (30 grávidas) e grupo de intervenção (30 grávidas)	
Intervenções de enfermagem	Apoio intermitente de enfermagem durante o trabalho de parto. Inclui estratégias não farmacológicas de gestão da dor, tais como exercícios respiratórios e massagem sacral, mas também aspetos relacionados com prevenção da solidão, fornecimento de informação e reforço positivo, garantia dos cuidados de higiene, proteção da privacidade e da intimidade e gestão do ambiente.	
Resultados obtidos	Houve uma diferença significativa na redução do medo da dor do parto, no uso de ocitocina, e na duração do trabalho de parto, bem como um aumento na satisfação com o trabalho de parto e no apoio percebido no grupo de intervenção.	
Grau de Evidência	II	

Figura 1 – Diagrama Prisma



Apêndice III - Póster “Impacto psicológico da perda gestacional no casal”

Impacto psicológico da perda gestacional no casal

Autores: Cortesio, Cláudia; Evangelista, Débora; Palma, Vanessa; Santos, Ana Sofia; Macenas, Maria
Afiliação institucional: Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa de Lisboa
Categoria profissional: Estudantes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Correspondência: anasantos9212@esscnp.eu

Introdução

A área da obstetrícia está intimamente ligada ao início da vida, no entanto, a morte também está muitas vezes presente desafiando assim, a ordem natural do ciclo da vida. Nos serviços de urgência de ginecologia e obstetrícia, todos os dias existem casais que se confrontam com o diagnóstico de uma perda gestacional ou aborto.

Esta considera-se sempre que existe uma morte fetal espontânea durante a gravidez. Atualmente, estima-se que cerca de 10-15% das gestações culminem numa perda sendo que destas, 60% dos casos ocorrem antes das 12 semanas de gestação (Néris & Rosália Marques, 2016).

Associado a um processo de perda gestacional precoce, está inerente um processo de luto habitualmente caracterizado por sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa (Ribeiro et al., 2020).

Os enfermeiros são os profissionais de saúde mais capacitados para lidar com o casal que vivencia este tipo de perda (Martins et al., 2023), sobretudo o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO) pois este é dotado de um conjunto de competências específicas que dão resposta a esta problemática (OE, 2019).

Metodologia

Realizou-se uma revisão narrativa da literatura para a qual se definiram como objetivos:

- identificar o impacto psicológico da perda gestacional precoce no casal;
- mostrar as diferentes percepções da mulher e do homem relativamente à perda gestacional precoce;
- reconhecer o impacto da perda gestacional numa futura gravidez;
- nomear focos de intervenção do EESMO no cuidado a estes casais.

A pesquisa ocorreu nas bases de dados BVS, PubMed e Scielo em Março de 2024, utilizando os seguintes descritores: perda gestacional e luto. Foram critérios de inclusão artigos publicados nos últimos 5 anos, artigos em língua portuguesa, língua inglesa, artigos gratuitos e artigos disponíveis em texto integral. Obteve-se um total de 9 artigos, os quais se analisaram considerando os objetivos identificados.

Resultados e discussão dos resultados

Impacto psicológico para os casais

Parece haver uma desvalorização da temática por parte da sociedade e pelos profissionais de saúde, isto, acrescenta complexidade ao processo de luto pois subentende-se que este seja feito de forma rápida e facilmente ultrapassado (Martins et al., 2023). Tal preconceito pode levar a que estes casais se confrontem com sentimentos de ansiedade, tristeza, angústia, culpa, impotência e até mesmo, isolamento social (Costa, 2019). Perante a ausência de explicações válidas para a perda gestacional, o casal pode adotar uma postura de aceitação em que os próprios desvalorizam a perda por se tratar de uma fase muito inicial da gravidez (Vescovi et al., 2022). Outros casais podem passar por uma fase de raiva em que procuram atribuir culpa a quem aos próprios profissionais de saúde por não terem conseguido garantir uma gravidez saudável (Vescovi et al., 2022). Representando a gravidez um projeto de parentalidade conjunta, perante a adversidade, o casal pode sentir-se mais unido que nunca ou por outro lado, a perda pode ser um fator de risco para a dissolução do mesmo, na medida em que as necessidades psicológicas de cada membro podem não estar a ser correspondidas pelo outro. Alguns autores referem diferenças na gestão do processo de luto entre mulheres e homens (Martins et al., 2023; Vescovi et al., 2022; Costa, 2019).

Diferenças entre homens e mulheres

Enquanto a mulher tem mais necessidade de falar e procurar apoio em mulheres que já experienciaram o mesmo processo, o homem tende a não verbalizar os seus sentimentos e tenta focar-se na ajuda à companheira para amenizar a sua dor (Costa, 2019). Para o homem, a gravidez é experienciada através de emoções, dúvidas e possibilidades. O feto é uma construção entre a fantasia e a realidade (Costa, 2019). Os próprios homens veem-se como tendo um papel secundário nesta equação, visto o processo acontecer inteiramente no corpo da mulher (Williams et al., 2019). Estes assumem como papel fornecer apoio, proteção e suporte às suas companheiras, mantendo o luto escondido para eles mesmos (Obs. et al., 2021). Referem um sentimento de impotência e frustração por não conseguirem ajudar mais as companheiras, pois é um processo que se afasta do seu controlo (Williams et al., 2019). A forma como os outros entendem o luto masculino na perda gestacional, subentende que eles não são afetados pela perda. É mais comum a oferta de serviços de apoio à gestão do luto, por parte das instituições, às mães do que aos pais (Williams et al., 2019).

Impacto numa gravidez futura

Quando surge uma nova gestação o casal tende a experimentar novamente os sentimentos de impotência, dor, ansiedade e angústia. Estas mulheres, tendem a ter uma gestação com maiores níveis de ansiedade, mau-humor e com preocupações excessivas na gravidez subsequente à perda gestacional. Há um medo persistente de nova perda e também surge um novo medo, o de criar laços com o bebé e depois vir a perdê-lo (Teodózio et al., 2020). Estes sentimentos tendem a diminuir de intensidade ao longo da gestação. Conforme a gestação avança no tempo, tudo parece ficar mais tranquilo e o casal começa a interiorizar a nova gravidez. A percepção dos movimentos fetais, ao longo do tempo, vai deixando o casal mais tranquilo (Koert et al., 2023).

Implicações para a prática

A perda gestacional precoce tem um forte impacto na saúde mental do casal. Este não é o desfecho esperado para uma gravidez, o que tem o seu impacto nos planos de parentalidade podendo ser um fator de tensão ser gerador de ansiedade numa gravidez futura. Existe a tendência para desconsiderar o seu impacto nos casais, sentindo estes que não é respeitado o seu tempo para fazer o luto e que nem sempre os seus sentimentos são valorizados. As mulheres são mais expressivas na vivência do seu luto e confrontam-se muitas vezes com sentimentos de culpa e negligência, que devem ser reconhecidos e acolhidos. Os sentimentos dos homens são afetados pela percepção comum de que devem ser o suporte emocional da mulher, atribuindo-lhes um papel secundário no processo. No entanto, também os homens precisam do seu espaço para vivenciar o luto. No contacto com estes casais, o EESMO deve ser capaz de olhar para ambos os membros do casal. É importante reconhecer as suas individualidades, vulnerabilidades e sensibilidades, apoiando-os em todo o processo de forma a promover um luto não comprometido.

Referências bibliográficas



XVIII JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA



O REBOZO NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Débora Evangelista¹, Dora Carteiro²

1 INTRODUÇÃO

A aplicação do rebozo é uma técnica tradicional mexicana usada como método não farmacológico de alívio da dor e promoção de conforto materno durante a gravidez, parto e puerpério. Baseia-se na utilização de um pano que, através de movimentos rítmicos, favorece o relaxamento muscular¹. Nos últimos anos, tem sido integrada na prática do EEESMO, criando uma abordagem centrada na fisiologia e humanização do parto, mantendo a mulher como principal protagonista do parto, conforme preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS)².

2 OBJETIVO

Sintetizar a evidência científica mais atual sobre a utilização do rebozo no ciclo gravídico-puerperal.

3 METODOLOGIA

Efetuiu-se uma revisão narrativa da literatura. Para a pesquisa utilizamos o termo em linguagem natural “rebozo” nas Bases de dados Medline, Pubmed, CINAHL, Medilatina. Foram incluídos estudo, entre 2017 e 2024, complementando com outra literatura.

5 CONCLUSÃO

A OMS e a Ordem dos Enfermeiros valorizam a utilização dos métodos não farmacológicos de alívio da dor, o respeito pela fisiologia do parto e o protagonismo da mulher como elementos cruciais para uma experiência de parto positiva, corroborando assim os benefícios da utilização do rebozo.

O rebozo tem um enorme potencial como intervenção autónoma do EEESMO, sustentada em evidência científica, com benefícios claros e promovendo uma experiência de parto positiva.



4 RESULTADOS

A aplicação do rebozo é eficaz, seguro e de fácil aplicação nos cuidados à mulher. O seu uso, associa-se a:

- Alívio da dor^{3,4,5,6,7};
- Alivia os desconfortos da gravidez⁴;
- Promove o relaxamento^{3,4,5,6};
- Diminui a ansiedade e o stress^{6,7};
- Permite o envolvimento do acompanhante³;
- Fortalece o vínculo grávida/ acompanhante/ EEESMO^{3,4,7};
- Pode ser utilizado para transportar o recém-nascido⁸.

Referências Bibliográficas

- ¹ Discente do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da ESSCVP - Lisboa
- ² Professora Adjunta, ESSCVP - Lisboa; RISE Health



Apêndice V – Análise SWOT no curso “Formação técnica do rebozo”



Apêndice VI – Análise SWOT formação “Anatomia Funcional do Parto Fisiológico em Hospital”



**FAÇA SCANE
TENHA ESTE
FOLHETO
SEMPRE À MÃO**



Bibliografia



Escola Superior de Saúde da Cruz
Vermelha Portuguesa – Lisboa
Mestrado em Enfermagem de Saúde
Materna e Obstétrica
Débora Evangelista
Supervisora Clínica: Carina de Sousa
Supervisora Pedagógica: Dora
Carteiro

Pendurar-se no rebozo

Objetivo: Relaxamento dos membros superiores e otimização do movimento da pelve



Algumas premissas na aplicação do rebozo¹:

- Os movimentos feitos podem ser intercalados: movimentos amplos, movimentos fluidos e curtos ou curtos e rápidos;
- O tecido deve permanecer sem pregas quando a grávida está sobre ele;
- Ambiente calmo e sossegado;
- Quem aplica a massagem deve estar corretamente posicionado, mantendo uma posição ergonómica e confortável

REBOZO

O SEGREDO DO CONFORTO
NA MATERNIDADE



RELAXAMENTO COM REBOZO

O que é o rebozo¹?

O rebozo é um pano longo, geralmente de algodão, e é visto como uma extensão das mãos de quem o está a utilizar pois, com ele são efetuadas massagens em várias regiões do corpo. Pode ser facilmente adaptado utilizando um lençol.



Benefícios da utilização do rebozo no trabalho de parto²⁻⁵:

- Promove o relaxamento
- Reduz a dor
- Diminui a ansiedade e o stress
- Gera tranquilidade
- Auxíla na descida do feto na bacia materna
- Técnica natural e sem custos

Quem pode aplicar o rebozo^{1,3,5}?

O rebozo pode ser aplicado quer pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica que está a acompanhar a grávida, quer pelo seu acompanhante, após explicação prévia.

Melhores posições para a aplicação do rebozo durante o trabalho de parto¹

Massagem em posição de quatro apoios

Objetivo: Relaxamento do pavimento pélvico e tecidos moles inseridos na bacia



Massagem completa em pé

Objetivo: Relaxamento da região dorsal e lombar



Massagem da barriga com o rebozo cruzado

Objetivo: Relaxamento da região abdominal



Apêndice VIII – Sessão de formação “O rebozo como medida de conforto no trabalho de parto”

Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa
1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

O rebozo como medida de conforto no trabalho de parto

Almada, Maio de 2025

Débora Sofia da Costa Evangelista
Supervisora Clínica: Carina de Sousa
Supervisora Pedagógica: Dora Corteiro

Pertinência do Tema

O Rebozo...

- Fácil acesso;
- Sem custos;
- Versátil;
- Promove o conforto e o relaxamento;
- Facilita relação EESMO-grávida.



Utilizado por um número reduzido de EESMO

Sumário

- Objetivos;
- Pertinência do tema;
- O rebozo e o seu enquadramento histórico;
- Benefícios da utilização do rebozo;
- Princípios para a aplicação do rebozo;
- Diferentes tipos de aplicação;
- Folheto informativo;
- Considerações finais;
- Referências Bibliográficas.

O rebozo e a sua História ^{1,2}

- Desde o século XVII que o rebozo está representado na arte mexicana e está inerente ao traje da mulher mexicana;
- Peça de roupa retangular com cerca de 2,40m de comprimento e 70cm de largura;
- Produzido em algodão, lã ou seda;
- Bordos cuidadosamente entrelaçados e ligados entre si;
- Pode ter várias empregabilidades.



Objetivos

- Partilhar com a equipa de enfermagem informação sobre a utilização do rebozo como método de conforto da grávida em trabalho de parto;
- Incentivar o uso do rebozo como intervenção autónoma do EESMO na promoção do conforto da grávida em trabalho de parto.



O rebozo é um pano resistente e ao mesmo tempo suave, que, ao ser colocado e movimentado em certas áreas do corpo da mulher, estimula o movimento da bacia e proporciona uma sensação de conforto e bem-estar. Pode ser aplicado em diversas posições corporais ³.

A aplicação do rebozo como medida de conforto é um método não farmacológico para o alívio da dor²²



Competência do EESMO ao longo do ciclo gravídico-puerperal



Depende da sua iniciativa e são da sua inteira e exclusiva responsabilidade



Intervenção autónoma do EESMO

O rebozo e a sua aplicabilidade no trabalho de parto²³

☒ Recurso simples e eficaz;

☒ Promove sentimento de bem-estar na mulher;

☒ Permite a liberdade de movimentos;

☒ Permite diversas posições, podendo optar pela que é mais confortável.

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor ajudam a...^{2,3-6}



- Reduzir a dor e o desconforto;
- Enfrentar a dor de forma mais positiva;
- Aumentar a sensação de controlo e bem-estar;
- Diminuir o medo e a ansiedade;
- Promover a tranquilidade da grávida e do acompanhante;
- Fomentar a autoconfiança da grávida e acompanhante;
- Facilitar a relação EESMO/ grávida;
- Aumentar os níveis de satisfação.

Benefícios da utilização do Rebozo¹⁵⁻¹⁸

- Promove o relaxamento;
- Reduz a dor;
- Diminui a ansiedade e o stress;
- Aumenta o nível de satisfação das mulheres em relação ao parto;
- Gera tranquilidade;
- Auxilia na descida do feto na bacia materna;
- Pode ser utilizado na fase latente e na fase ativa do TP;
- Técnica natural e sem custos.



O rebozo e a sua aplicabilidade no trabalho de parto²⁴

O rebozo pode ser um bom aliado do EESMO e da mulher/ acompanhante como promotor de conforto.



No entanto...

Algumas mulheres, referiram que a utilização do rebozo na posição de pé se torna desconfortável e que percebiam mais as contrações²⁵.

Quem pode aplicar o rebozo

EESMO



Acompanhante



Algumas premissas para a utilização do rebozo

Rebozo

- Pode ser adaptado com um lençol;
- Utilizar dobrado para zonas do corpo mais pequenas;
- O tecido deve permanecer bem esticado e sem pregas.

Algumas premissas para a utilização do rebozo

Ambiente

Rebozo

Mulher

Quem aplica o rebozo

Algumas premissas para a utilização do rebozo

Mulher

- Deve estar confortável e o mais relaxada possível;
- Para maximizar o relaxamento, pode estar de olhos fechados;
- Deve deixar-se guiar pelo movimento aplicado;
- Indica qual o ritmo lhe confere maior nível de relaxamento.

Algumas premissas para a utilização do rebozo

Ambiente

- Ambiente calmo e sossegado;
- Música ambiente;
- Comunicar com voz calma e baixa.

Algumas premissas para a utilização do rebozo

Quem aplica o rebozo

- Quem aplica a massagem deve estar corretamente posicionado, mantendo uma posição ergonómica e confortável;
- Não deve fazer movimentos descoordenados.

Massagem em posição de pé

Objetivo: Relaxamento da região dorsal, lombar e pélvica

- A grávida deve permanecer de pé, com os pés ligeiramente afastados, mas inclinada sobre uma superfície de modo que a barriga fique suspensa para a frente;

- O EESMO deve posicionar-se atrás da grávida e segurar o rebzo com os braços esticados ou cruzados, os pés ligeiramente afastados e os joelhos fletidos;

- O movimento utilizado é de vai e vem.



Massagem da barriga com o rebozo cruzado¹

- A grávida deve permanecer de pé, com os pés ligeiramente afastados, joelhos semi-fletidos e deverá ter uma parede à sua retaguarda para apoio;

- O EESMO deve posicionar-se em frente à grávida e segurar o rebozo com os braços esticados e os pés ligeiramente afastados;

- Os movimentos feitos podem diferir e podem ser intercalados: movimentos amplos; movimentos fluidos e curtos; curtos e rápidos para dar a sensação de vibração. Para uma sensação mais intensa, o EESMO pode cruzar os braços quando segura o rebozo.



Massagem completa na posição de pé¹



Massagem da barriga com o rebozo esticado¹



Massagem da barriga com a grávida em quatro apoios¹

Aplicação do rebozo a nível abdominal

Objetivo: Relaxamento da região abdominal

Massagem da região lombar e pélvica

Objetivo: Relaxamento da região lombar e pélvica

- O rebozo deve estar na região lombar e pélvica da grávida e as suas extremidades devem estar envolvidas nos punhos do EESMO, fazendo uma pega firme;

- O EESMO deve realizar movimentos rítmicos e alternados, puxando suavemente as extremidades do rebozo. Os movimentos podem ser com um ritmo contínuo e lento ou curto e rápido;

- Esta massagem irá movimentar a região lombar e pélvica, promover o relaxamento dos tecidos moles inseridos nessa zona e embalar o feto.



Massagem da região lombar e pélvica

Utilizar o rebozo em suspensão

Objetivo: Relaxamento dos membros superiores



Massagem da região pélvica em quatro apoios



Massagem das nádegas em posição de quatro apoios com o apoio da bacia de pilhas

- Ao longo do trabalho de parto, a mulher pode sentir muito conforto se estiver pendurada num rebozo pelo relaxamento que este proporciona;

- A grávida pode segurar firmemente o rebozo, manter as pernas afastadas e os joelhos semi-fletidos;

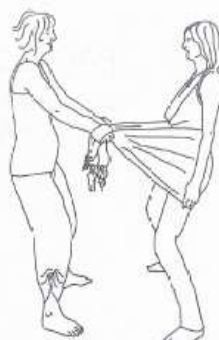
- A mulher também pode: ficar de cócoras e pendurar-se no rebozo; alongar-se no rebozo, segurando na zona mais superior do mesmo.



Mulher pendurada no rebozo



"Komban"



Massagem da região lombar e pélvica em posição de pé

Massagem Completa

Objetivo: Relaxamento total do corpo

- O EESMO deve adotar uma posição ergonômica, mantendo os pés próximos do rebozo. Os braços devem estar esticados com o rebozo envolvido nas suas mãos ou punhos para que este, fique firme;

- Esta é uma massagem que contempla várias etapas e deve ser iniciada nos ombros e terminar nos pés;

- Devem ser feitos movimentos de embalamento;

- Regiões a aplicar o rebozo: ombros, região da cintura, região pélvica, parte superior das pernas (rebozo abaixo das nádegas e até aos joelhos) e pés.



Massagem dos ombros¹

Folheto informativo

USAR SEMPRE ESTE FOLHETO SEMPRE À MÃO

Bibliografia

Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa
Mediadora em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Suzennara Cássia; Curso de Saúde
Superior de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Dora Cantanhão

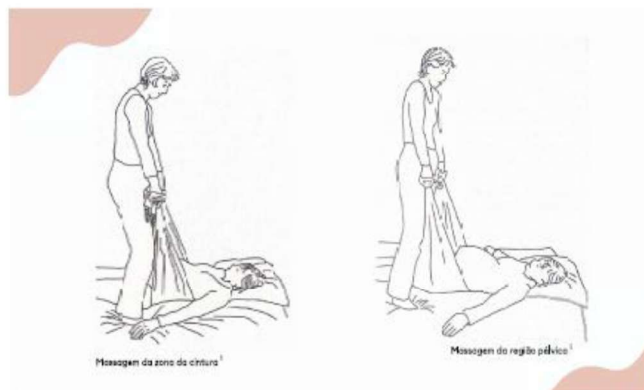
Prevenir o desconforto
Durante a gravidez, o desconforto é comum e pode ser prevenido com o uso do rebozo.

7 benefícios do rebozo para a aplicação do rebozo:

- Os movimentos feitos com o rebozo promovem movimentos amplos, relaxando a mulher e o feto.
- O rebozo deve permanecer sempre preso, quando a grávida está deitada.
- Anteceder com a respiração.
- Quando aplicada a massagem, deve ser feita continuamente para evitar qualquer desconforto, mantendo uma posição confortável e relaxante.

REBOZO
O SEGREDO DO CONFORTO NA MATERNIDADE

RELAXAMENTO COM REBOZO



Massagem da zona da cintura¹



Massagem da região pélvica¹

Folheto informativo

QUE É O REBOZO?

O rebozo é um tecido longo, geralmente de algodão, e é usado como uma extensão das mãos de quem o utiliza para conter o feto durante a gravidez. Pode ser facilmente dobrado, utilizado um tempo.

Benefícios da utilização do rebozo no trabalho de parto:

- Promove o movimento;
- Reduz a dor;
- Estimula a contração do útero;
- Diminui a necessidade de analgésicos;
- Ajuda na dilatação do colo da bacia materna;
- Técnica natural e sem custos.

Como pode ajudar o rebozo?

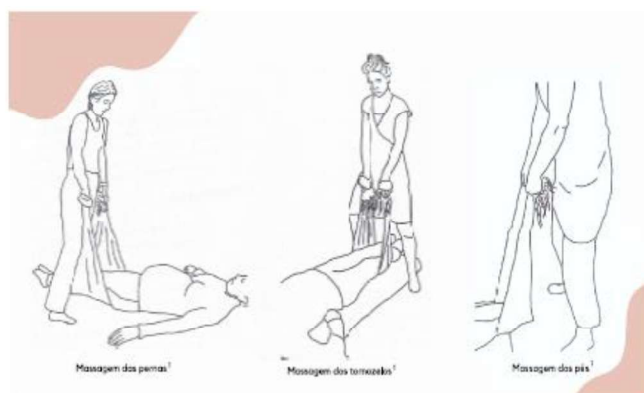
O rebozo pode ser utilizado para apoiar a mulher durante o parto, promovendo o conforto e a segurança.

Melhores posições para a aplicação do rebozo durante o trabalho de parto

Existem várias posições para a aplicação do rebozo durante o trabalho de parto, como a posição deitada, sentada ou em pé.

Massagem completa com o rebozo

A massagem completa com o rebozo envolve a aplicação do rebozo em todas as partes do corpo da mulher, promovendo o relaxamento e o conforto.



Massagem das pernas¹



Massagem das coxas¹



Massagem dos pés¹

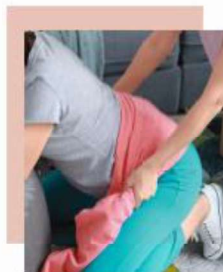
Considerações Finais

A utilização de métodos não farmacológicos promotores de conforto e de alívio da dor, é uma competência do EESMO e a busca constante pelo bem-estar e conforto da mulher deve ser uma prática recorrente;

A utilização do rebozo mostra-se assim, como um método que é acessível, prático e gratuito;

Promove o conforto, o relaxamento e o bem-estar da mulher e é muito bem aceite nas várias fases do ciclo gravídico-puerperal;

O EESMO deve estar em constante busca pela melhoria da qualidade dos cuidados à grávida e ter como objetivo, proporcionar uma experiência positiva.



Referências Bibliográficas

1. Vinaver N, Keijzer M de, Tuy T van. A técnica do rebzoa revelada. Ema Livros; 2015. 1–227 p.
2. Fedec-Nadoff MA. Performing Craft in Mexico: Artisans, Aesthetics, and the Power of Translation. The Rowman & Littlefield Publishing Group, Inc.; 2022. 1–330 p.
3. Cardoso A, Aires C, Machado S, Silva C, Grilo AR. Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto [Internet]. Paper-Letras, Ordem dos Enfermeiros, editor. 2023. Available from: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
4. Diário da República n.º 85/2019 51 de 2019 05 03. Regulamento n.º 391/2019. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica [Internet]. 2.ª série, N.º 85 Portugal, May 3, 2019. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detaha/regulamento/391-2019-122216892>
5. Direção-Geral de Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco [Internet]. Lisboa; 2015. Available from: www.dgs.pt
6. Diário da República. REPE Regulamento do Exercício Profissional da Enfermeira Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. 1996.
7. Özcan H, Samur I, Uzun F, Sahin R. Cultural Methods Used by Women Who Give Vaginal Birth to Cope with Birth Labour Pain. Int J Caring Sci [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 10];14:1106. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=153590737&lang=pt-pt&site=ehost-live>
8. Masková E, Mazúchová L, Kalčíková S, Samšelyová J, Kukuciarová L. Satisfaction of women with childbirth. Central European Journal of Nursing and Midwifery [Internet]. 2021 [cited 2024 Apr 10];12(4):537–44. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=154191522&lang=pt-pt&site=ehost-live>

Avaliação da Sessão



Referências Bibliográficas

9. Kirby K. An Exploration of the Political and Philosophical Perspectives of Pain in Childbirth. Midwifery Matters [Internet]. 2023 [cited 2024 Apr 10];1(7):13–6. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=164731607&lang=pt-pt&site=ehost-live>
10. Thomson G, Feeley C, Moran VH, Dawne S, Olatope OT. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: A qualitative systematic review [Internet]. Vol. 16, Reproductive Health. BioMed Central Ltd.; 2019 [cited 2024 Apr 10]. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=13146759&lang=pt-pt&site=ehost-live>
11. Fernelo SSCH. Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor. In: Nênia M, Marques R, Amado Batista M, editors. Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Lidel; 2016. p. 416–24.
12. Hacıvelioğlu D, Tavşan NG, Şeniyuva I, Kozova F. Delivery in a vertical birth chair supported by freedom of movement during labor: A randomized control trial. Open Medicine. 2023;18:1–8.
13. Tandogan O, Oakley U. The effect of rebzoa technique on perceived labour pain and childbirth experience: A randomized controlled trial. Medicine (United States). 2024 Aug 30;103(35).
14. Sales WB, Oliveira ASC de, Rocha ES, Constantino AEA, Gerônimo CA do S, Elisbão JVG de, et al. A técnica de rebzoa na atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal: uma revisão integrativa. Research, Society and Development. 2020 May 10;9(7):e226973740.
15. Iversen ML, Møtgaard J, Eklöv M, Heggaard HK. Danish women's experiences of the rebzoa technique during labour: A qualitative explorative study. Sexual and Reproductive Healthcare. 2017 Mar 1;18:79–85.
16. Wijayanti IT, Sudiyaningih SH, Khassanah U, Marfuah S, Alitka S, Fodliah S. Rebzoa Technique Effectively Reduces Maternal Pain during childbirth stage I Active Phase. International Medical Journal. 2023 Apr;30(2):96–8.

Obrigada



Vamos praticar?



Apêndice IX – Plano de Sessão para formação “O rebozo como medida de conforto no trabalho de parto”

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA
LISBOA**

**I.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA**

**UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO PROFISSIONAL COM
RELATÓRIO – VALÊNCIA DE BLOCO DE PARTOS**

**PLANO DE SESSÃO
O REBOZO COMO MEDIDA DE CONFORTO NO
TRABALHO DE PARTO**

Débora Sofia da Costa Evangelista, n.º 9229

Supervisora Pedagógica: Dora Carteiro
Supervisora Clínica: Carina de Sousa

ANO LETIVO 2024/2025

Tema: O rebozo como medida de conforto no trabalho de parto

Destinatários: Equipa de enfermagem do serviço de bloco de partos

Duração: 60 minutos (25 minutos exposição; 35 minutos prática)

Objetivos:

- Partilhar com a equipa de enfermagem informação sobre a utilização do rebozo como método de conforto da grávida em trabalho de parto;
- Incentivar o uso do rebozo como intervenção autónoma do EESMO na promoção do conforto da grávida em trabalho de parto.

Objetivos	Conteúdos	Tempo	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos
<i>Pertinência do tema</i>	✓ Definição de objetivos; ✓ Pertinência do tema;	3 min	Expositivo	Computador Projektor
<i>O rebozo</i>	✓ O rebozo e a sua história;	3 min	Expositivo	Computador Projektor
<i>A utilização do rebozo como método não farmacológico de alívio de dor</i>	✓ Métodos não farmacológicos para alívio da dor e as competências do EESMO; ✓ Benefícios dos métodos não farmacológicos para alívio da dor;	3 min	Expositivo	Computador Projektor
<i>Benefícios da utilização do rebozo</i>	✓ Benefícios da utilização do rebozo;	2 min	Expositivo	Computador Projektor
<i>Princípios para a utilização do rebozo</i>	✓ O rebozo e a sua aplicabilidade ao longo do trabalho de parto; ✓ Condições do ambiente; ✓ Características do rebozo; ✓ Implicações para a mulher; ✓ Princípios para quem aplica o rebozo e quem o pode aplicar;	4 min	Expositivo	Computador Projektor
<i>Diversas posições utilizadas na aplicação do rebozo</i>	✓ Massagem em posição de pé; ✓ Aplicação do rebozo a nível abdominal; ✓ Massagem da região lombar e pélvica; ✓ Utilizar o rebozo em suspensão; ✓ Massagem completa;	7 min	Expositivo	Computador Projektor
<i>Folheto informativo</i>	✓ Folheto informativo realizado subordinado ao tema: “<i>Rebozo – o segredo do conforto na maternidade</i>”; ✓ Considerações finais; ✓ Referências bibliográficas;	3 min	Expositiva	Computador Projektor
<i>Prática</i>	✓ Exemplificação prática de algumas posições em que o rebozo pode ser aplicado; ✓ Participação da equipa na utilização das várias técnicas utilizadas.	3,5 min	Ativa	Tapete de fitness Bola de pilates Vários rebozos

Apêndice X – Avaliação da sessão de formação “O rebozo como medida de conforto no trabalho de parto”



Avaliação da Sessão

Solicito a vossa colaboração para o preenchimento do seguinte questionário, que tem como objetivo avaliar a sessão "O rebozo como medida de conforto no trabalho de parto".

Muito obrigada pela vossa colaboração.

Débora Sofia da Costa Evangelista

Estudante do Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica da ESSCVP - Lisboa.

N.º 9229

* Indica uma pergunta obrigatória

Como classifica a pertinência do tema? *

- ☐ Nada pertinente
- ☐ Pouco pertinente
- ☐ Pertinente
- ☐ Muito pertinente

Como classifica o desempenho do formador? *

- ☐ Mau
- ☐ Razoável
- ☐ Bom
- ☐ Muito bom
- ☐ Excelente

Considera que os recursos utilizados foram adequados? *

- ☐ Nada adequado
- ☐ Pouco adequado
- ☐ Adequado
- ☐ Muito adequado

Como classifica os conteúdos apresentados quanto à sua organização? *

- ☐ Má
- ☐ Razoável
- ☐ Boa
- ☐ Muito Boa
- ☐ Excelente

Enquanto EESMO, considerou importante a apresentação deste conteúdo?

- ☐ Nada pertinente
- ☐ Pouco pertinente
- ☐ Pertinente
- ☐ Muito pertinente

Depois desta formação, pondera utilizar o rebozo como método promotor do conforto da grávida em trabalho de parto?

- ☐ Sim, pondero utilizar pontualmente
- ☐ Sim, pondero utilizar com frequência
- ☐ Talvez, ainda preciso ganhar mais confiança na aplicação do rebozo
- ☐ Não pretendo utilizar

Apreciação global da sessão *



Indique pontos fracos, pontos fortes ou sugestão de melhoria para futuras sessões.

A sua resposta

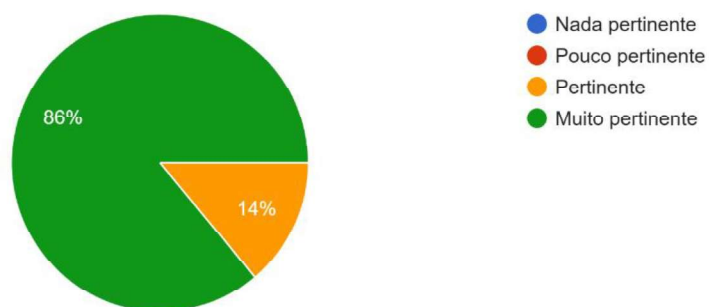
Enviar

Limpar formulário

Apêndice XI – Resultados da avaliação da sessão de formação “O rebozo como medida de conforto no trabalho de parto”

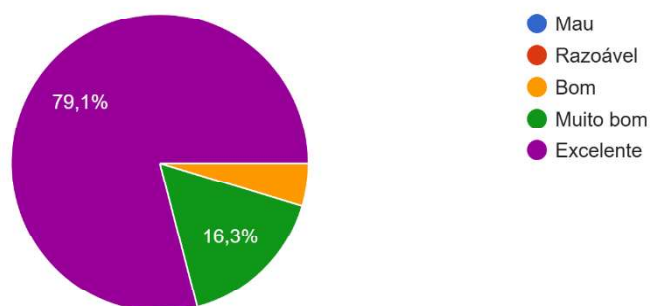
Como classifica a pertinência do tema?

43 respostas



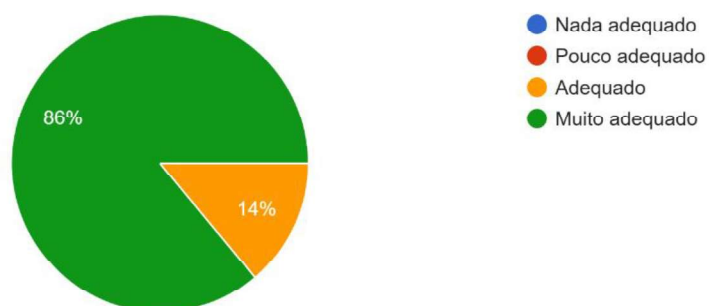
Como classifica o desempenho do formador?

43 respostas



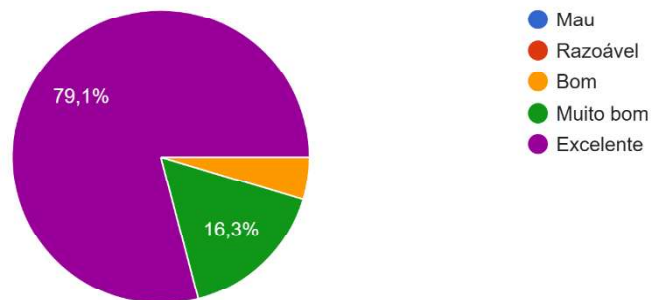
Considera que os recursos utilizados foram adequados?

43 respostas



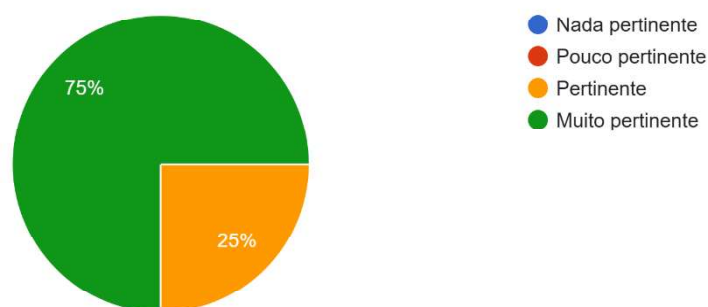
Como classifica o desempenho do formador?

43 respostas



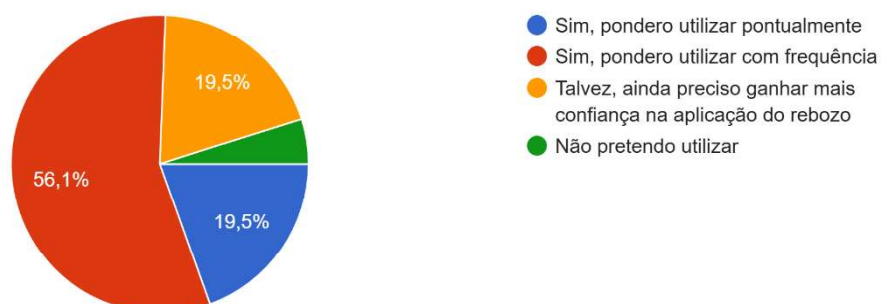
Enquanto EESMO, considerou importante a apresentação deste conteúdo?

40 respostas



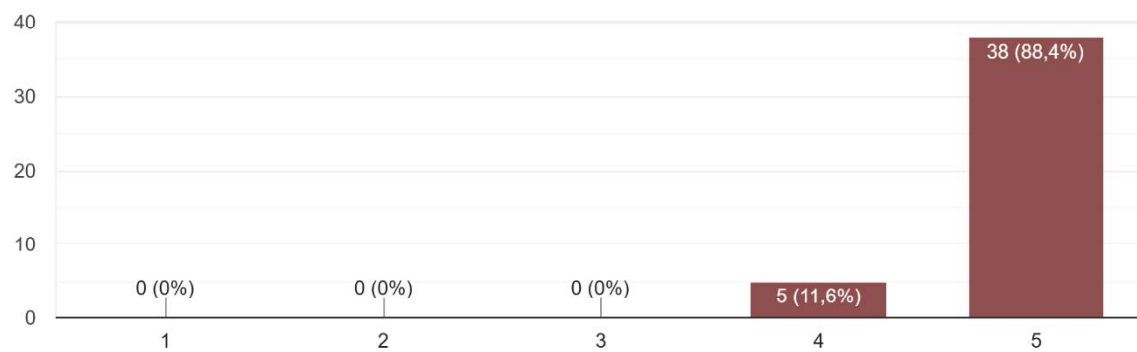
Depois desta formação, pondera utilizar o rebozo como método promotor do conforto da grávida em trabalho de parto?

41 respostas



Apreciação global da sessão

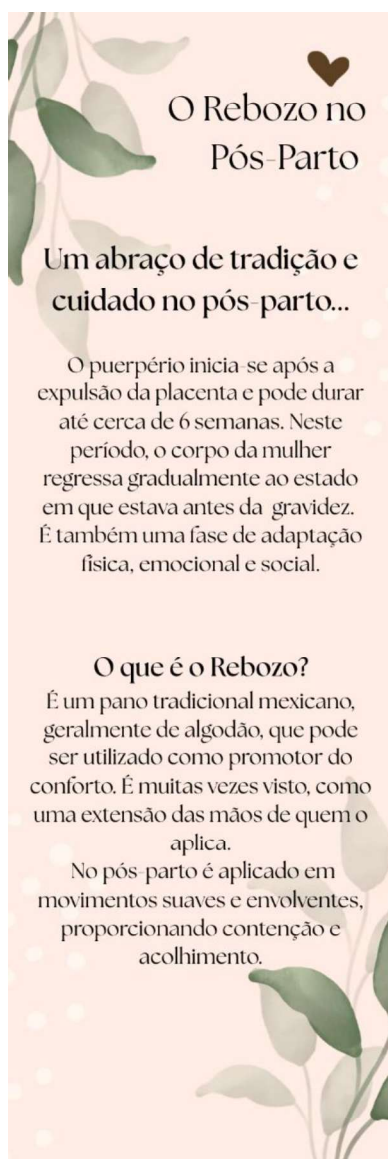
43 respostas



Apêndice XII – Recurso didático – molduras com imagens ilustrativas das várias posições em que o rebozo pode ser aplicado



Apêndice XIII – Marcador de livros “O rebozo no pós-parto”



Algumas premissas na aplicação do rebozo²

- Os movimentos feitos podem variar entre: movimentos amplos, movimentos fluidos e curtos ou curtos e rápidos para dar a sensação de vibração. A amplitude e ritmo dos movimentos são adequados às necessidades de cada puérpera;
- O rebozo pode ser utilizado dobrado se for utilizado para zonas do corpo mais pequenas ou aberto quando se destina à massagem de zonas do corpo maiores;
- O tecido deve permanecer sem pregas quando a puérpera está sobre ele;
- O ambiente deve ser calmo, sossegado e propício a que a mulher esteja confortável e relaxada;
- Quem aplica a massagem deve estar corretamente posicionado, mantendo uma posição ergonómica e confortável;
- Ambos os intervenientes devem estar descalços/ meias antiderrapantes ou calçado que não derrape, para manter a segurança.

Rebozo

O Conforto no Puerpério

O Rebozo apoia a mãe no seu renascer após o parto



Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Elaborado por: Débora Evangelista
Supervisora Clínica: Ana Dias
Supervisora Pedagógica: Dora Carteiro

Referências Bibliográficas



O puerpério é o período em que o corpo da mulher regressa gradualmente ao estado em que estava antes da gravidez. Inicia-se após o parto e pode demorar cerca de 6 semanas¹.

É também uma fase de adaptação física, emocional e social.

O que é o rebozo^{2,3}?

O rebozo é um pano longo, geralmente de algodão, e é visto como uma extensão das mãos de quem o está a utilizar pois, com ele são efetuadas massagens em várias regiões do corpo.

Benefícios da utilização do rebozo na puérpera^{3,4,5}:

- Promove o relaxamento físico e emocional;
- Promove a sensação de contenção e segurança;
- Favorece a recuperação do corpo;
- Diminui a ansiedade;
- Valoriza o autocuidado e a humanização da experiência pós-parto;
- Técnica versátil e sem custos.

Benefícios da utilização do rebozo no recém-nascido^{5,7,8}:

- Fortalece o vínculo mãe-bebé;
- Permite o contacto pele a pele;
- Ajuda na regulação térmica do recém-nascido;
- Promove a amamentação;
- Proporciona liberdade de movimentos e bem-estar à mãe;
- Forma prática e segura de transportar o bebé.

Massagem completa



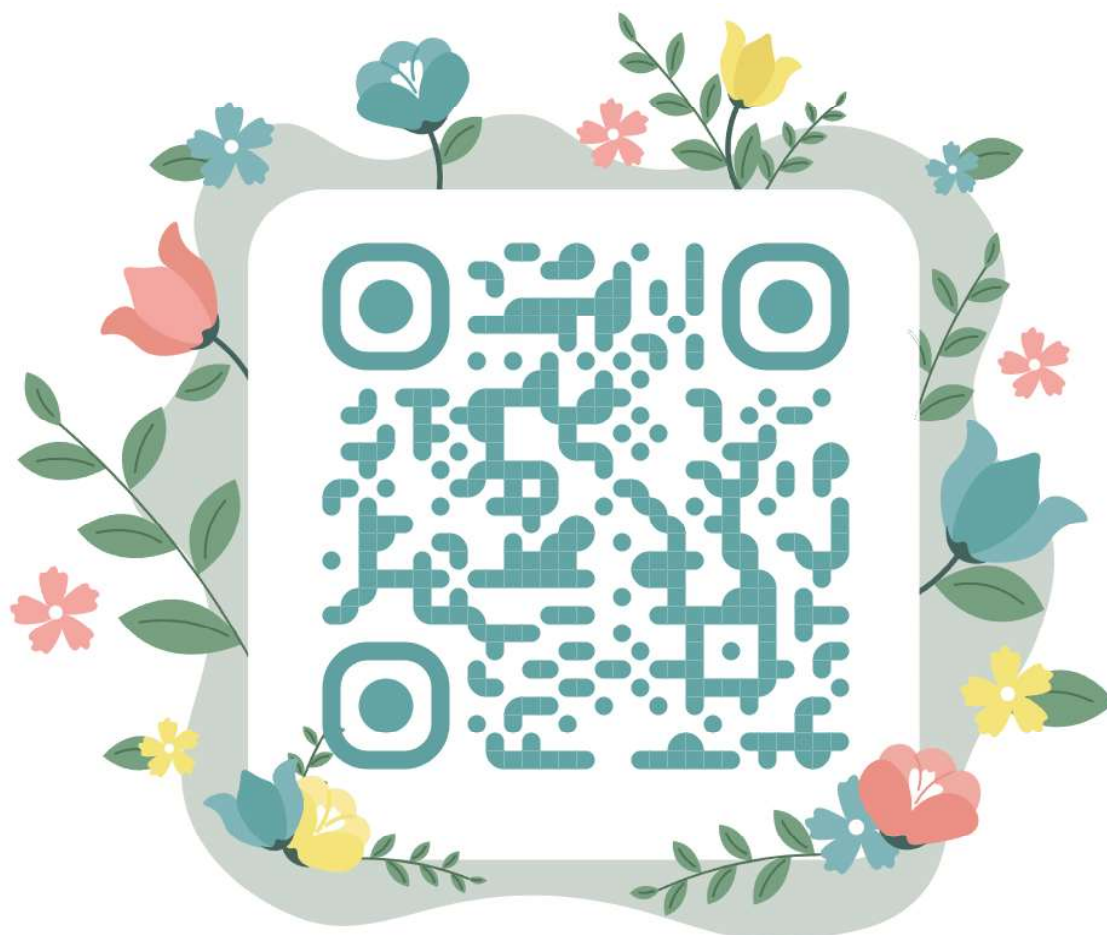
Transporte para bebé



Ritual de Encerramento dos ossos



Apêndice XV – QR code de acesso a vídeo de apresentação “Rebozo: o conforto no puerpério”



Apêndice XVI – Sessão de formação “Rebozo: o conforto no puerpério”



BENEFÍCIOS DA UTILIZAÇÃO DO REBOZO NA PUERPERA^{1,6,8}:

- ✓ Promove o relaxamento físico e emocional;
- ✓ Promove a sensação de contenção e segurança;
- ✓ Valoriza o autocuidado e a humanização da experiência pós-parto;
- ✓ Favorece a recuperação do corpo;
- ✓ Diminui a ansiedade e o stress;
- ✓ Gera tranquilidade;
- ✓ Reduz a dor;
- ✓ Técnica natural e sem custos.

AMBIENTE¹

- Ambiente calmo e sossegado;
- Música ambiente;
- Comunicar com voz calma e baixa.



O rebozo pode ser aplicado pelo enfermeiro ou pelo acompanhante¹⁸.

REBOZO¹

- Pode ser adaptado com um lençol;
- Utilizar dobrado para zonas do corpo mais pequenas;
- O tecido deve permanecer bem esticado e sem pregas.

ALGUMAS PREMISSAS PARA A APLICAÇÃO DO REBOZO¹

MULHER¹

- Deve estar confortável e o mais relaxada possível;
- Para maximizar o relaxamento, pode estar de olhos fechados;
- Deve deixar-se guiar pelo movimento aplicado;
- Indica qual o ritmo lhe confere maior nível de relaxamento.

QUEM APLICA O REBOZO¹

Quem aplica a massagem deve estar corretamente posicionado, mantendo uma posição ergonômica e confortável;

Não deve fazer movimentos descoordenados.

RITUAL DE ENCERRAMENTO DOS OSSOS¹



A MASSAGEM COMPLETA COM O REBOZO PERMITE O RELAXAMENTO TOTAL DO CORPO¹



BABYWEARING¹



BENEFÍCIOS DA UTILIZAÇÃO DO REBOZO NO RECEM-NASCIDO^{1,9,11}:

Fortalece o vínculo mãe-bebê;

Permite o contacto pele a pele;

Ajuda na regulação térmica do recém-nascido;

Promove a amamentação;

Proporciona liberdade de movimentos e bem-estar à mãe;

Forma prática e segura de transportar o bebê





Avaliação da Sessão - Internamento de puérperas

Solicito a vossa colaboração para o preenchimento do seguinte questionário, que tem como objetivo avaliar a sessão

"rebozo: o conforto no puerpério".

Muito obrigada pela vossa colaboração.

Débora Sofia da Costa Evangelista

Estudante do Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica da ESSCVP -

Lisboa.

N.º 9229

* Indica uma pergunta obrigatória

Como classifica a pertinência do tema abordado? *

- ☐ Muito Pertinente
- ☐ Pertinente
- ☐ Pouco Pertinente
- ☐ Nada Pertinente

Como avalia a clareza e objetividade dos conteúdos apresentados? *

- ☐ Excelente
- ☐ Muito Boa
- ☐ Boa
- ☐ Razoável
- ☐ Má

Considera que os recursos utilizados foram adequados? *

- ☐ Muito Adequados
- ☐ Adequados
- ☐ Pouco Adequados
- ☐ Nada Adequados

Enquanto Enfermeira, considera importante a aplicação do rebozo como medida promotora de conforto no puerpério? *

- ☐ Muito Importante
- ☐ Importante
- ☐ Pouco Importante
- ☐ Nada Importante

Após a sessão, pondera utilizar o rebozo na sua prestação de cuidados? *

- ☐ Sim, pondero utilizar com frequência
- ☐ Sim, pondero utilizar pontualmente
- ☐ Talvez, mas ainda preciso de mais confiança na aplicação
- ☐ Não pretendo utilizar

Apreciação global da sessão *



Esteve presente na apresentação? *

- ☐ Sim
- ☐ Não, apenas vi o vídeo

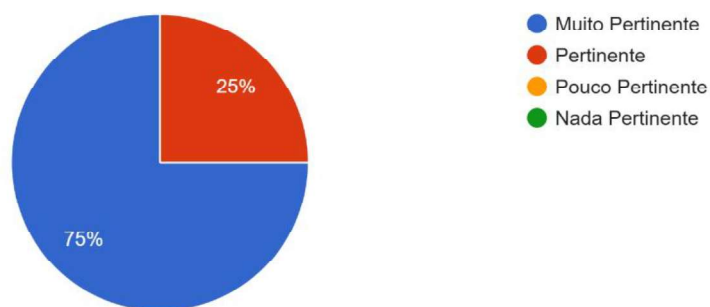
Comentários ou sugestões

A sua resposta

Apêndice XVIII – Resultados da avaliação da sessão “Rebozo: o conforto no puerpério”

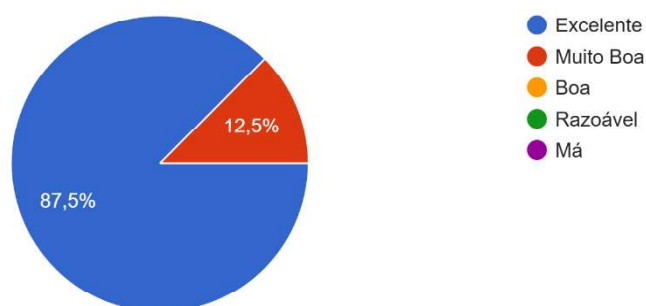
Como classifica a pertinência do tema abordado?

8 respostas



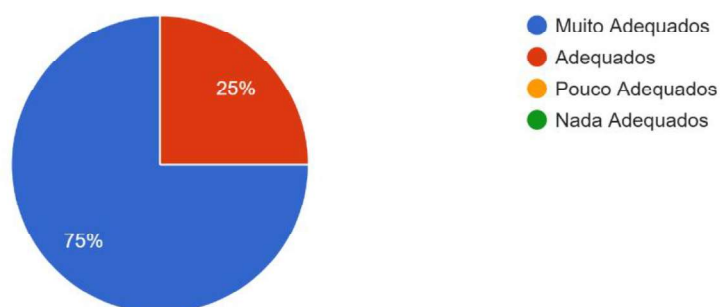
Como avalia a clareza e objetividade dos conteúdos apresentados?

8 respostas



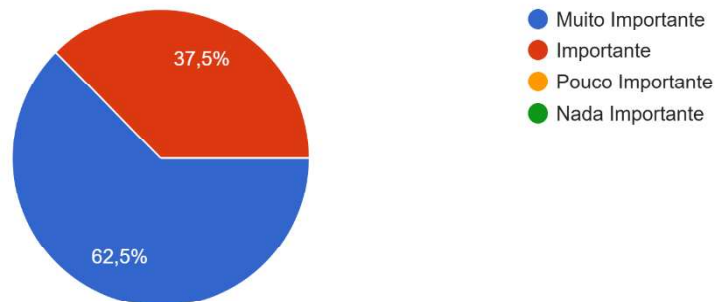
Considera que os recursos utilizados foram adequados?

8 respostas



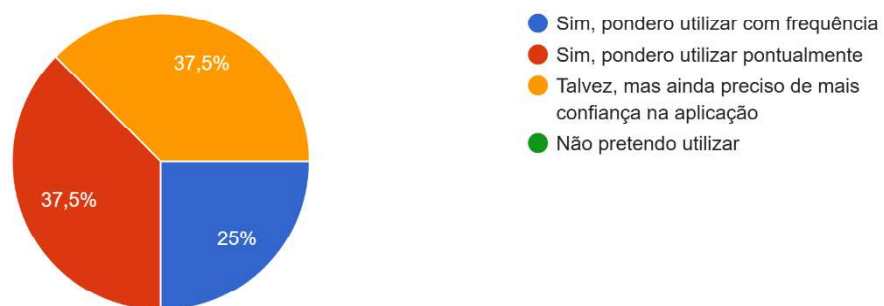
Enquanto Enfermeira, considera importante a aplicação do rebozo como medida promotora de conforto no puerpério?

8 respostas



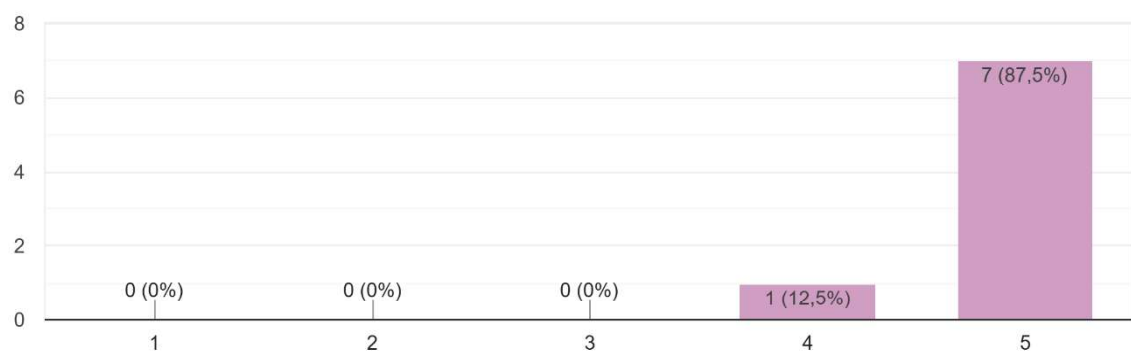
Após a sessão, pondera utilizar o rebozo na sua prestação de cuidados?

8 respostas



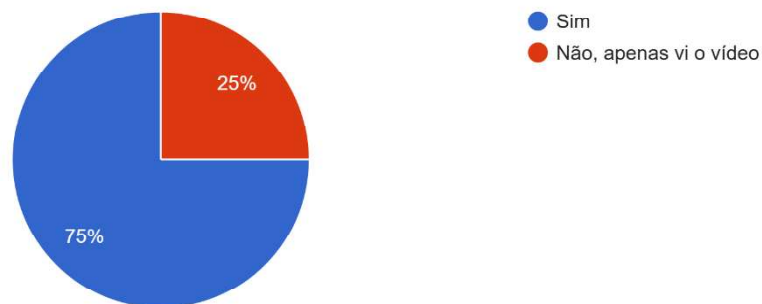
Apreciação global da sessão

8 respostas



Esteve presente na apresentação?

8 respostas



Comentários ou sugestões

2 respostas

Excelente Apresentação
Parabéns pela originalidade do tema

Já conhecia algumas aplicações do rebozo no TP. Foi muito interessante perceber as suas aplicações no período pós-parto. Obrigada pela exposição!

Utilização do rebozo na gravidez

O que é o Rebozo^{1,2} ?

- Pano tradicional mexicano longo e resistente;
- Utilizado desde há vários séculos como instrumento de cuidado na gravidez, parto e pós-parto;
- Técnica consiste em movimentos rítmicos, suaves ou vigorosos aplicados na região pélvica, lombar ou abdominal.

Benefícios da utilização do rebozo²⁻⁸

- Alívio da dor;
- Alivia os desconfortos da gravidez;
- Promove o relaxamento;
- Diminui a ansiedade e o stress;
- Auxília na descida do feto na bacia materna;
- Permite o envolvimento do acompanhante;
- Técnica natural, segura e sem custos.

Quem pode aplicar^{2,3} :

A massagem com o rebozo pode ser feita quer pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica que está a acompanhar a grávida, quer pelo seu acompanhante, após explicação prévia.

Posições que podem ser adotadas na gravidez/ trabalho de parto² :

Relaxamento da região pélvica

Relaxamento da região dorsal, lombar e pélvica

Relaxamento da região abdominal

Suspensão no rebozo

Alguns cuidados na aplicação do rebozo^{2,3} :

- Avaliar o estado clínico da grávida antes da aplicação
- Dobrar o rebozo para zonas pequenas e usar aberto em áreas maiores, mantendo-o esticado e sem pregas.
- Garantir um ambiente calmo, confortável e relaxante.
- Manter postura correta e ergonómica durante a aplicação

DESCUBRA MAIS — APONTE A CÂMARA!



Bibliografia



Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Elaborado por: Débora Evangelista
Supervisora Clínica: Ana Filipa Fernandes
Supervisora Pedagógica: Dora Carteiro



Apêndice XXI – Plano de sessão “Potenciar a indução do trabalho de parto”

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA
LISBOA**

**I.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA**

**UNIDADE CURRICULAR DE ESTÁGIO PROFISSIONAL COM
RELATÓRIO**

Valência Internamento de grávidas

PLANO DE SESSÃO:

Potenciar a indução do trabalho de parto

Ana Sofia Inácio dos Santos, n.º 9212
Débora Sofia da Costa Evangelista, n.º 9229

Orientadas por: EEESMO Paula Anastácio, EEESMO Ana Filipa
Fernandes, Profª Manuela Nené e Profª Dora Carteiro

ANO LETIVO 2025/2026

Tema: Medidas não farmacológicas de gestão da dor na indução do trabalho de parto (ITP)

Data: 12 de novembro de 2025

Local: Sala de experiências positivas, internamento de grávidas, piso 5, HGO

População-alvo: grupo de até 3 grávidas em processo de ITP internadas no serviço e seus acompanhantes

Duração: aprox.1 h

Dinamizadoras: AEESMO Ana Sofia Santos e AEESMO Débora Evangelista

Objetivo Geral: Promover uma experiência de parto positiva nas grávidas submetidas a indução do trabalho de parto.

Objetivos Específicos:

- Aumentar o conhecimento das grávidas relativamente às medidas não farmacológicas de gestão da dor (técnicas respiratórias, rebozo, musicoterapia e aromoterapia).
- Aumentar a adesão das grávidas às medidas não farmacológicas de gestão da dor durante o processo de ITP (técnicas respiratórias, rebozo, musicoterapia e aromoterapia).

Enquadramento teórico

A indução do trabalho de parto (ITP) consiste em provocar o início do trabalho de parto, estimulando a maturação e dilatação cervical e a progressão das contrações uterinas com o objetivo de provocar a expulsão fetal ^{1,2}. Esta prática surge da complexidade crescente da patologia associada à gravidez e da necessidade de melhorar os desfechos neonatais e maternos ¹⁻⁵. A decisão de induzir o trabalho de parto baseia-se na avaliação do risco que a evolução da gravidez acarreta para a saúde materna e fetal e excluindo a necessidade de o nascimento ocorrer em poucas horas ⁴. Consideram-se indicações para a ITP, para além da patologia materna ou fetal grave, as situações de oligoâmnios em gestação de termo, restrição do crescimento intrauterino com alterações fluxométricas, a morte fetal e a gravidez não complicada que atinge as 41 semanas completas ^{4,5}.

Segundo o Consórcio Português de Dados Obstétricos, no último ano em Portugal, um número significativo de trabalhos de parto foi induzido: cerca de 9556 trabalhos de parto em oposição a 12756 trabalhos de parto de início espontâneo ⁶. Esta realidade é significativa para a prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), no exercício das suas competências na assistência às parturientes ^{2,7}. A sua intervenção é fundamental no processo de ITP, desde logo mediando a tomada de decisão que deve ser partilhada entre a equipa de saúde e a grávida, e por isso baseada num consentimento informado prévio, assente na melhor evidência científica ^{2,3}.

Atualmente existem vários métodos farmacológicos e mecânicos considerados seguros na ITP, sendo que a escolha do método deve ter em consideração aspetos como a idade gestacional, a avaliação do colo (feita através da aplicação do índice de Bishop), a pelve materna, a estimativa do peso e a apresentação fetal ^{1,4}. Como métodos farmacológicos de ITP destacam-se a administração de prostaglandinas sob via vaginal ou oral e administração de ocitocina sintética. Como métodos mecânicos, consideram-se o descolamento de membranas, a utilização da sonda de Foley e a amniotomia ^{1,4}.

As condições de segurança para a ITP devem ser previamente garantidas, nomeadamente, deve ser realizada em unidades de saúde que garantam a monitorização cardiotocográfica contínua e a realização de cesariana emergente, se necessário ⁴.

Apesar das recomendações e benefícios apontados a ITP, ao interferir na fisiologia do parto, está habitualmente associada a maior risco de complicações intra-parto, como hemorragia ⁴, distócia de ombros ⁸ e hiperestimulação uterina, com os riscos associados de hipoxia fetal e rotura uterina ^{3,4}. Em consequência, a ITP parece propiciar a cascata de intervenções obstétricas, o que contribui para a ocorrência de partos instrumentados e cesarianas ^{3,4}.

A evidência científica sugere ainda que a ITP tem impacto na vivência da experiência de parto das mulheres ^{2-4,9-12}. Alguns dos métodos utilizados na ITP têm o potencial de provocar desconforto à parturiente, pela maior intensidade das contrações uterinas percebidas ^{4,10} assim como interferir a sua mobilidade, pela necessidade de monitorização cardiotocográfica contínua ⁴. Um dos fatores que reúne maior consenso quanto ao impacto da ITP na satisfação das parturientes é a gestão da dor associada ^{10,12}. Deste modo, a ITP está habitualmente associada a uma maior e mais precoce utilização dos métodos farmacológicos de alívio da dor, sobretudo da analgesia loco-regional ¹⁰.

A analgesia epidural é reconhecida como um método eficaz de controlo da dor durante o trabalho de parto. No entanto, a sua administração precoce, nomeadamente na fase latente ou antes do início efetivo do trabalho de parto, parece estar associada a prolongamento do primeiro estágio do TP e a uma maior necessidade de intervenções como a administração de ocitocina exógena ¹³⁻¹⁵. Assim, a sua implementação precoce tende a abrandar a progressão natural do trabalho de parto, interferindo na evolução fisiológica da dilatação cervical e reduzindo a mobilidade materna ^{13,14}.

Em alternativa, os métodos não farmacológicos de alívio da dor são recomendados e reconhecidos pela Organização Mundial de saúde (OMS) como estratégias fundamentais para promover uma experiência de parto positiva, segura e humanizada ¹⁶.

Constituindo uma função vital do organismo, a respiração é regulada essencialmente pelo sistema nervoso autónomo ^{17,18}. Ainda assim, a amplitude e velocidade dos movimentos respiratórios podem ser regulados pelo próprio indivíduo, podendo ser utilizados para outras finalidades para além da ventilação ^{19,20}. A respiração é recomendada como técnica de relaxamento para gestão da dor do trabalho de parto ²¹. As **técnicas respiratórias** podem ser utilizadas para promover o relaxamento entre contrações e na gestão do 2º estágio do trabalho de parto ²². Estas técnicas são relativamente simples e não têm custos associados, são comprovadamente seguras, não produzindo efeitos adversos no feto e têm

o potencial de diminuir os estímulos nervosos dolorosos associados ao trabalho de parto, assim como o medo, a ansiedade, a ocorrência de trauma perineal e a duração do trabalho de parto. Para além disso, têm o potencial de aumentar o conforto e a consciência da mulher em relação ao processo fisiológico do trabalho de parto, contribuindo para o aumento da satisfação materna com o parto ²³⁻²⁶. Ao focar-se na própria respiração, a grávida aumenta a sua perceção sobre o que está a acontecer no seu corpo, tendo em conta que a respiração basal se altera em profundidade e ritmo com a intensidade das contrações. Tendo esta perceção, a grávida pode conscientemente modificar o seu ritmo respiratório, autoinduzindo-se a um estado de calma e relaxamento ²⁶⁻²⁸, por um lado, e por outro, abstrair-se do foco da dor ^{29,30}. Desta forma, será promovido o seu autocontrolo físico, mental e emocional sobre o trabalho de parto ^{26,31}, potenciando a sua capacidade de foco e maximizando a força das contrações em seu benefício ^{32,33}.

O **rebozo**, peça tradicional do México, é um pano retangular, longo e resistente ^{34,35}. A aplicação da massagem com o rebozo, permite que a grávida tenha liberdade de movimentos o que por sua vez, promove um sentimento de bem-estar e potencia a adaptação ao trabalho de parto, parto e amamentação. Ao aplicar esta técnica, cria-se uma ligação mais estreita entre quem aplica a massagem e quem a recebe. Esta ligação, proporciona à grávida confiança, diminuindo assim os níveis de stress associados a esta fase ³⁶⁻⁴⁰. A massagem com o rebozo acarreta imensos benefícios como: redução da dor e desconforto, diminuição dos níveis de ansiedade, ajuda na descida do polo cefálico, promove o relaxamento, promove a relação grávida/ EESMO. Trata-se ainda de uma técnica natural e sem custos que pode ser aplicada pelo acompanhante da grávida ^{34,37-41}. O rebozo é visto como uma extensão das mãos de quem o aplica ³⁴.

A **musicoterapia** auxilia na redução da dor e faz com que a grávida tenha uma perceção mais positiva e se viva um ambiente mais tranquilo e centrado em si própria. Esta abordagem revela-se de baixo custo, fácil de implementar e isenta de efeitos adversos relevantes e proporciona uma adequada humanização do parto ^{42,43}.

A inalação de óleos essenciais como lavanda, rosa-damascena, camomila, tangerina ou olíbano reduz a perceção da dor e o stress. A **aromaterapia**, isoladamente ou combinada com outras técnicas, proporciona uma experiência mais positiva para a grávida, reduzindo a ansiedade e potenciando a sensação de controlo sobre o processo. Está ainda, associado

a uma menor duração da fase latente do trabalho de parto e alívio da dor, o que potencia uma maior satisfação da grávida ⁴⁴⁻⁴⁷.

Neste contexto surge a atividade *Potenciar a indução do trabalho de parto* com o objetivo geral promover a satisfação das grávidas com a experiência de parto induzido. Como objetivos específicos, definiu-se o aumentar o conhecimento das grávidas relativamente a medidas não farmacológicas de gestão da dor e promover a adesão das grávidas às medidas não farmacológicas de gestão da dor durante o processo de indução do trabalho de parto.

Objetivos específicos	Roteiro	Tempo	Metodologia	Avaliação
<i>Aumentar a adesão das grávidas às medidas não farmacológicas de gestão da dor durante o processo de ITP.</i>	✓ Apresentação das dinamizadoras e da atividade. ✓ Contextualização da atividade: instruir sobre especificidades da dor associada ao processo de ITP; instruir sobre métodos de gestão da dor associada ao TP; instruir sobre medidas não farmacológicas de gestão da dor do TP. ✓ Divulgação de roteiro em formato <i>Google Forms</i> sobre satisfação com a atividade desenvolvida.	15 min.	Expositiva	✓ Que pelo menos 2 grávidas saibam identificar as especificidades da dor da ITP. ✓ Que pelo menos 2 grávidas saibam identificar 2 medidas não farmacológicas de gestão da dor. ✓ Que pelo menos 2 grávidas respondam ao roteiro de satisfação.
<i>Aumentar o conhecimento das grávidas relativamente a medidas não farmacológicas de gestão da dor:</i> • técnicas respiratórias • rebozo • musicoterapia • aromaterapia	✓ Preparação do ambiente da sala: colocação de música promotora do relaxamento; infusão de óleo essencial de lavanda em difusor elétrico. ✓ Instrução e demonstração da técnica da respiração diafragmática. ✓ Instrução e demonstração da aplicação do rebozo. ✓ Sensibilização para a complementaridade das medidas não farmacológicas de gestão da dor. ✓ Sensibilização para os benefícios das medidas apresentadas no processo de ITP	45 min.	Ativa e expositiva	✓ Que pelo menos 2 grávidas saibam reproduzir a técnica da respiração diafragmática. ✓ Que pelo menos 2 acompanhantes saibam reproduzir a aplicação do rebozo. ✓ Que pelo menos 2 grávidas saibam identificar 3 benefícios das medidas apresentadas para o processo de ITP.

Referências Bibliográficas

1. Carlson N, Ellis J, Page K, Dunn Amore A, Phillippi J. Review of Evidence-Based Methods for Successful Labor Induction. Vol. 66, Journal of Midwifery and Women's Health. John Wiley and Sons Inc; 2021. p. 459–69.
2. Carlson NS, Dunn Amore A, Ellis JA, Page K, Schafer R. American College of Nurse-Midwives Clinical Bulletin Number 18: Induction of Labor. J Midwifery Womens Health. 2022 Jan 1;67(1):140–9.
3. Inducing labour NICE guideline [Internet]. 2021. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng207
4. Direção-Geral da Saúde. Indução do trabalho de parto - Orientação nº 002/2015 [Internet]. Jan 19, 2015 p. 1–4. Available from: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>
5. World Health Organization. WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term [Internet]. 2022 [cited 2025 Nov 3]. 1–48 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052796>
6. Consórcio Português de Dados Obstétricos [Internet]. 2025 [cited 2025 Oct 31]. Available from: <https://cpdo.virtualcare.pt/dados-obstetricos/>
7. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [Internet]. Diário da República n.º 85/2019, Série II de 2019-05-03. 2019 [cited 2024 Dec 9]. p. 13560–5. Available from: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>
8. Hong J, Atkinson J, Roddy Mitchell A, Tong S, Walker SP, Middleton A, et al. Comparison of Maternal Labor-Related Complications and Neonatal Outcomes Following Elective Induction of Labor at 39 Weeks of Gestation vs Expectant Management: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2023 May 12;6(5):E2313162.

9. Østborg TB, Romundstad PR, Eggebø TM. Duration of the active phase of labor in spontaneous and induced labors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017 Jan 1;96(1):120–7.
10. Jacobsen L, Haslund H, Brock C, Laursen B. Medically induced labor: Epidural analgesia and women's perceptions of pain in early labor. *Eur J Midwifery*. 2018 Nov 16;2(November).
11. Place K, Rahkonen L, Verho-Reischl N, Adler K, Heinonen S, Kruit H. Childbirth experience in induced labor: A prospective study using a validated childbirth experience questionnaire (CEQ) with a focus on the first birth. *PLoS One*. 2022 Oct 1;17(10 October).
12. Mäkelä K, Palomäki O, Korpiharju H, Helminen M, Uotila J. Satisfaction and dissatisfaction with pain relief and birth experience among induced and spontaneous-onset labours ending in vaginal birth: A prospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2023 Jun 1;18.
13. Simanauskaite A, Kavaliauskaite G, Kacerauskiene J, Vilimiene V. The Impact of Early Epidural Analgesia on the Course of Labor and Delivery. *Medicina (Lithuania)*. 2025 Apr 1;61(4).
14. Zha Y, Gong X, Yang C, Deng D, Feng L, Luo A, et al. Epidural analgesia during labor and its optimal initiation time-points: A real-world study on 400 Chinese nulliparas. *Medicine (United States)*. 2021 Mar 5;100(9):E24923.
15. Anim-Somuah M, Smyth RMD, Cyna AM, Cuthbert A. Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. Vol. 2018, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2018.
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2018. 1–210 p.
17. Esperança Pina JA. *Anatomia Humana da Relação*. 4ª edição. Lisboa: Lidel - Edições técnicas Lda; 2009.
18. VanPutte CL, Regan JL, Russo AF, Seeley R, Stephens T, Tate P. Sistema nervoso autónomo. In: Takahashi hilton K, Pizzolato LS, Krause M, editors. *Anatomia e*

Fisiologia de Seeley. 7ª edição. Porto Alegre: AMG Editora Ltda.; 2016. p. 548–68.

19. VanPutte CL, Seeley R, Regan JL, Stephens T, Russo AF, Tate P. Sistema respiratório. In: Takahashi HK, Pizzolato LS, Krausse M, editors. Anatomia e Fisiologia de Seeley. 10ª edição. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda.; 2016. p. 811–57.
20. Calais-Germain B. La respiración: El gesto respiratorio. 1ª edição. Mateo JLM, editor. Barcelona: La Libre de Marzo, S.L.; 2006. 13–217 p.
21. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva; 2018 [cited 2024 Dec 9]. p. 1–210. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
22. World Health Organization. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice [Internet]. Geneva; 2015 [cited 2024 Dec 9]. p. 1–183. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549356>
23. Heim MA, Makuch MY. Breathing Techniques During Labor: A Multinational Narrative Review of Efficacy. *J Perinat Educ*. 2023 Jan 1;32(1):23–34.
24. Qumer S, Ghosh D. Effectiveness of Patterned Breathing Technique on Pain During First Stage of Labour-A Narrative Review. *International Journal of Nursing Education*. 2019;11(3):60.
25. Issac A, Nayak SG, Priyadarshini T, Balakrishnan D, Halemani K, Mishra P, et al. Effectiveness of breathing exercise on the duration of labour: A systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*. 2023;13.
26. Irmak Vural P, Aslan E. Emotional freedom techniques and breathing awareness to reduce childbirth fear: A randomized controlled study. *Complement Ther Clin Pract*. 2019 May;35:224–31.
27. Klasa K, Sobański JA, Rutkowski K. Usefulness of controlled breathing in psychiatry. A review of recent findings. Part 1 – Eastern approach. *Psychiatr Pol*. 2023;57(1):207–22.

28. Aguiar Cardozo CI, Monte Cunha FMA. Avaliação do impacto de um protocolo fisioterapêutico na diminuição do quadro algico durante a primeira fase do trabalho de parto vaginal. *Fisioterapia Brasil*. 2019 May 1;20(2):222–9.
29. Kaple GS, Patil S. Effectiveness of Jacobson Relaxation and Lamaze Breathing Techniques in the Management of Pain and Stress During Labor: An Experimental Study. *Cureus*. 2023 Jan 1;
30. Jafari H, Gholamrezaei A, Franssen M, Van Oudenhove L, Aziz Q, Van den Bergh O, et al. Can Slow Deep Breathing Reduce Pain? An Experimental Study Exploring Mechanisms. *Journal of Pain*. 2020 Sep 1;21(9–10):1018–30.
31. Leutenegger V, Wieber F, Daly D, Sultan-Beyer L, Bagehorn J, Pehlke-Milde J. Study protocol of a breathing and relaxation intervention included in antenatal education: A randomised controlled trial (BreLax study). *PLoS One*. 2024 Oct 1;19(10):e0308480.
32. Leutenegger V, Grylka-Baeschlin S, Wieber F, Daly D, Pehlke-Milde J. The effectiveness of skilled breathing and relaxation techniques during antenatal education on maternal and neonatal outcomes: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Dec 1;22(1).
33. Heim MA, Makuch MY. Breathing Techniques During Labor: A Multinational Narrative Review of Efficacy. *J Perinat Educ*. 2023 Jan 1;32(1):23–34.
34. Vinaver N, Keijzer M de, Tuyl T van. A técnica do rebozo revelada. *Ema Livros*; 2015. 1–127 p.
35. Feder-Nadoff MA. *Performing Craft in Mexico: Artisans, Aesthetics, and the Power of Translation*. The Rowman & Littlefield Publishing Group, Inc.; 2022. 1–330 p.
36. Hacıvelioğlu D, Tavşanlı NG, Şenyuva I, Kosova F. Delivery in a vertical birth chair supported by freedom of movement during labor: A randomized control trial. *Open Medicine*. 2023;18:1–8.
37. Sales WB, Oliveira ASC de, Rocha ES, Constantino AEA, Gerônimo CA da S, Elesbão JVG de, et al. A técnica de rebozo na atenção à mulher no ciclo gravídico-

puerperal: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2020 May 10;9(7):e226973740.

38. Tandoğan Ö, Oskay Ü. The effect of rebozo technique on perceived labour pain and childbirth experience: A randomized controlled trial. *Medicine (United States)*. 2024 Aug 30;103(35).
39. Iversen ML, Midtgaard J, Ekclun M, Hegaard HK. Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2017 Mar 1;11:79–85.
40. Wijayanti IT, Sulistyaningsih SH, Khasanah U, Marfu'ah S, Altika S, Fadlilah S. Rebozo Technique Effectively Reduces Maternal Pain during childbirth stage 1 Active Phase. *Internacional Medical Journal*. 2023 Apr;30(2):96–8.
41. Farag WKA, Ibrahim HI, Alam THM. Effect of Rebozo Techniques on Pain Intensity, Anxiety and birth experience among Primiparous Women during the Active Phase of Labor. *Menoufia Nursing Journal*. 2024 Oct 1;9(4):281–300.
42. Ji C, Zhao J, Nie Q, Wang S. The role and outcomes of music therapy during pregnancy: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2024 [cited 2025 Nov 4];45(1). Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/0167482X.2023.2291635>
43. Vaid R, Fareed A, Farhat S, Hammoud Z, Asif M, Ochani S, et al. Sounds of comfort: the impact of music therapy and labor pain and anxiety in primigravida women during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*. 2025;1–10.
44. YILDIZ KARAAHMET A, BİLGİÇ FŞ. The effect of aromatherapy on labor pain, duration of labor, anxiety and Apgar score outcome: a systematic review and meta-analysis. *The European Research Journal*. 2023 Sep 4;9(5):1258–70.
45. Kaya A, Yeşildere Sağlam H, Karadağ E, Gürsoy E. The effectiveness of aromatherapy in the management of labor pain: A meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X*. 2023 Dec 1;20.

46. Borges Fonseca M, Laia Da Mata JA, Rocha MF, Fróes C, Sanfelice O. Benefits of using essential oils and aromatherapy in labor. *Revista de Enfermagem UFPE on line [Internet]*. 2023 [cited 2024 Apr 15];17:254393. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=174668961&lang=pt-pt&site=ehost-live>
47. Andréia Da Silva M, Veras De Sousa Sombra I, Selegy J, Da Silva J, César Bernardino Da Silva J, Rafaele L, et al. Aromaterapia para o alívio da dor durante o trabalho de parto. *Revista de Enfermagem UFPE on line [Internet]*. 2019 [cited 2024 Apr 15];13(2):455–63. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=134761302&lang=pt-pt&site=ehost-live>

Apêndice XXII – Avaliação da sessão “Potenciar a indução do trabalho de parto”



Potenciar a indução do trabalho de parto

Este questionário é anónimo e tem como objetivo avaliar a sessão sobre medidas não farmacológicas de gestão da dor no processo de indução do trabalho de parto, que incluiu o rebozo, técnicas respiratórias, aromaterapia e musicoterapia.

As suas respostas são muito importantes para nós.

Obrigada pela sua colaboração!

Ana Sofia Inácio dos Santos n.º 9212

Débora Sofia da Costa Evangelista n.º 9229

Alunas do 1º MESMO - Unidade Curricular de Estágio Profissional com Relatório - ESSCVP Lisboa - Orientadas por: EEESMO Paula Anastácio e EEESMO Ana Filipa Fernandes, Profª. Manuela Néné e Profª Dora Carteiro

* Indica uma pergunta obrigatória

Considera que os temas abordados (rebozo, respiração, aromaterapia e musicoterapia) foram úteis? *

☐ Nada úteis

☐ Pouco úteis

☐ Úteis

☐ Muito úteis

Considera que os temas abordados (rebozo, respiração, aromaterapia e musicoterapia) foram úteis? *

- ☐ Nada úteis
- ☐ Pouco úteis
- ☐ Úteis
- ☐ Muito úteis

Sentiu-se mais relaxada após a sessão?

- ☐ Nada relaxada
- ☐ Pouco relaxada
- ☐ relaxada
- ☐ Muito relaxada

Considera que as explicações foram claras e de fácil compreensão? *

- ☐ Muito difíceis de entender
- ☐ Difíceis de entender
- ☐ Fáceis de entender
- ☐ Muito fáceis de entender

Durante a sessão, sentiu-se à vontade para participar e esclarecer dúvidas? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Parcialmente

Já conhecia alguma das técnicas abordadas? *

- ☐ Técnicas Respiratórias
- ☐ Musicoterapia
- ☐ Rebozo
- ☐ Aromoterapia

Considera que esta sessão a ajudou a sentir-se mais preparada para a experiência do trabalho de parto induzido? *

- ☐ Nada preparada
- ☐ Pouco preparada
- ☐ Preparada
- ☐ Muito preparada

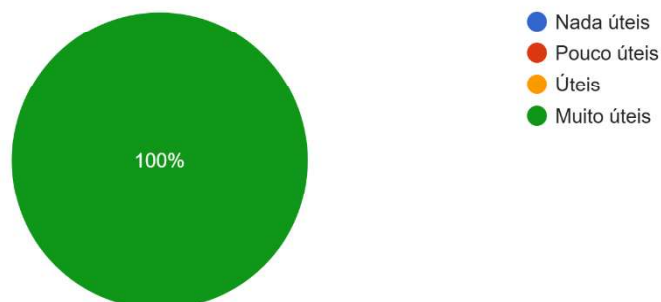
Como avalia a sessão?



Apêndice XXIII – Resultados da avaliação da sessão “Potenciar a indução do trabalho de parto”

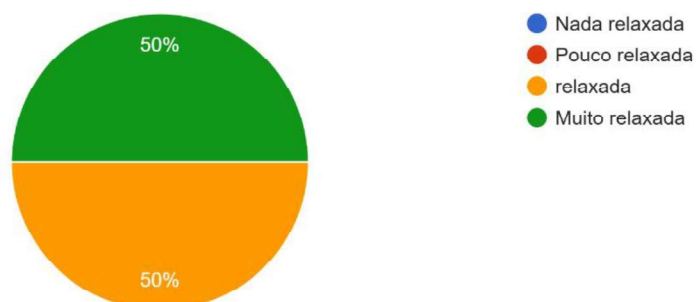
Considera que os temas abordados (rebozo, respiração, aromaterapia e musicoterapia) foram úteis?

2 respostas



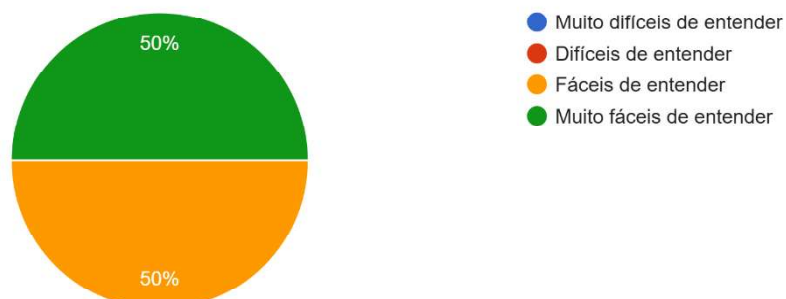
Sentiu-se mais relaxada após a sessão?

2 respostas



Considera que as explicações foram claras e de fácil compreensão?

2 respostas



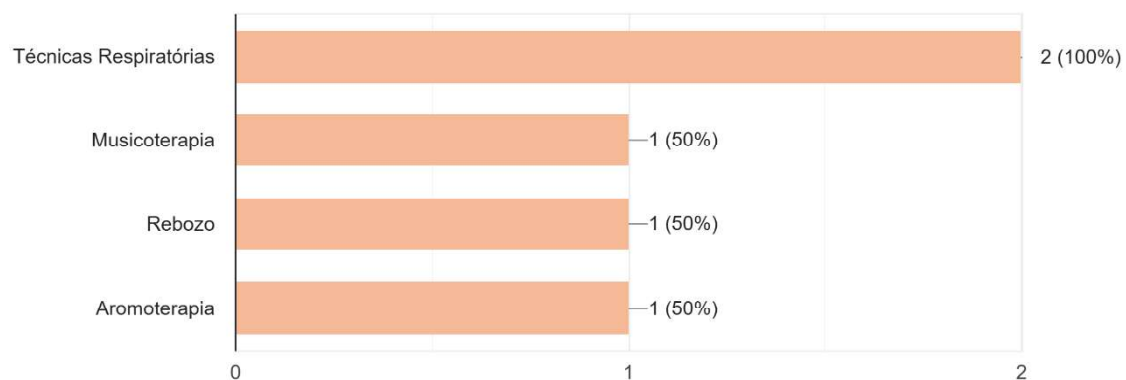
Durante a sessão, sentiu-se à vontade para participar e esclarecer dúvidas?

2 respostas



Já conhecia alguma das técnicas abordadas?

2 respostas



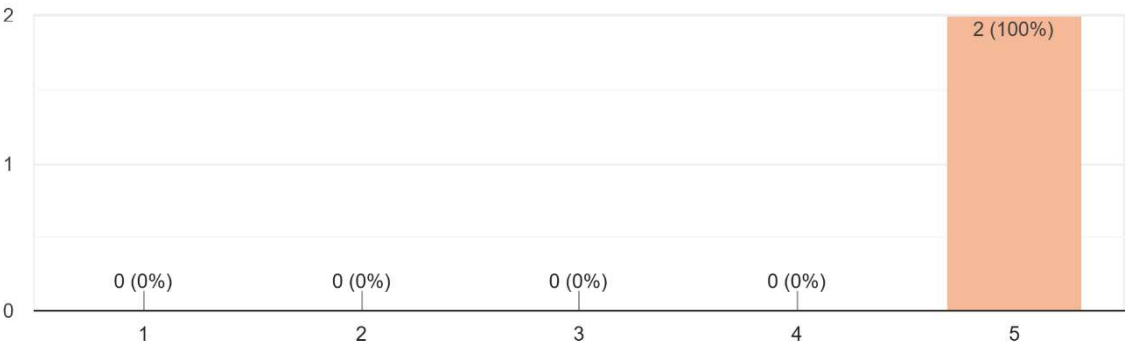
Considera que esta sessão a ajudou a sentir-se mais preparada para a experiência do trabalho de parto induzido?

2 respostas



Como avalia a sessão?

2 respostas



Apêndice XXIV – Plano de sessão “O rebozo como medida de conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA
LISBOA**

**I.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA**

**UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO PROFISSIONAL COM
RELATÓRIO – CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

PLANO DE SESSÃO
O REBOZO COMO MEDIDA DE CONFORTO AO
LONGO DO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Débora Sofia da Costa Evangelista, nº 9229

Supervisora Pedagógica: Dora Carteiro

Supervisora Clínica: Sara Anunciada

ANO LETIVO 2025/2026

Tema: O rebozo como medida de conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal

Data: 20 e 21 de janeiro de 2026

Local: 20 de janeiro – Online – Plataforma Teams

21 de janeiro – Presencial – UCSP dos Olivais

Destinatários: Grávidas e pessoas significativas inscritos no Programa de Preparação para o Parto da ULS São José - UCC Oriente

Duração: 60 minutos (30 minutos exposição; 30 minutos prática)

Objetivos:

- Capacitar grávidas e acompanhantes para a utilização do rebozo como estratégia de conforto durante a gravidez, trabalho de parto e puerpério;
- Incentivar o uso do rebozo na promoção do conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

Objetivos	Conteúdos	Tempo	Metodologia	Auxiliares Pedagógicos
<i>Acolhimento e pertinência do tema</i>	✓ Definição de objetivos da sessão; ✓ O que é o ciclo gravídico-puerperal; ✓ Conceito de rebozo e enquadramento histórico e cultural; ✓ Pertinência da utilização do rebozo no ciclo gravídico-puerperal; ✓ Importância dos métodos não farmacológicos no conforto da mulher grávida.	10 min	Expositivo	Computador Projektor
<i>Identificar os benefícios e princípios da utilização segura do rebozo</i>	✓ Benefícios da utilização do rebozo; ✓ Princípios para a aplicação do rebozo.	5 min	Expositivo	Computador Projektor
<i>Demonstrar as principais técnicas de aplicação do rebozo</i>	✓ Apresentação das diferentes posições em que o rebozo pode ser aplicado; ✓ Visualização de vídeo demonstrativo.	10 min	Expositivo	Computador Projektor Rebozo Tapete de exercício Bola de pilates
<i>Desenvolver competências práticas nas grávidas e acompanhantes</i>	✓ Treino das diversas posições em que o rebozo pode ser aplicado; ✓ Envolvimento do acompanhante; ✓ Correção de eventuais posições que possam adotar.	30 min	Prática	Vários rebozos Tapete de exercício Bolas de pilates
<i>Esclarecimento de dúvidas e avaliação da sessão</i>	✓ Esclarecimento de dúvidas colocadas pelas grávidas e acompanhantes; ✓ Preenchimento do questionário de avaliação da sessão.	5 min	Expositivo	Computador Projektor Telemóvel dos participantes

Apêndice XXV - Sessão de formação “O rebozo como medida de conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal”



O rebozo como medida de conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal

Ende Superior de Saúde da Cax Vermeilho Príncipe: 1400
1ª Medida de Emergência de Saúde Pública e 10.000
Unidade Curricular: Saúde Pública com Relatores

ULS São José - UCC Oriente

Elaborado por: Débora Evangelista, n.º 9229
Superadora Pedagógica, Eora Centro
Superadora Clínica, Santa Amélia

Sistema músculo-esquelético⁷⁻⁹

Relaxina

- Aumenta a flexibilidade das articulações;
- Esforço muscular apressado para manter a posição alinhada e em equilíbrio;
- Alteração da postura da mulher grávida;
- Centro da gravidade inclina-se para a frente;
- Alteração do eixo da bacia;
- Acentuada curva dorsal e lombar;

Progesterona

Reduz o tônus da musculatura lisa e estriada.



Ciclo Gravídico - Puerperal¹⁻⁶



Gravidez

Processo fisiológico

Termina quando se dá a expulsão do feto

Alterações a nível físico, emocional e social



Trabalho de Parto

Inicia-se ainda durante a gravidez

Termina na expulsão do feto e placenta



Puerpério

Conjunto de alterações físicas e emocionais

Duração de cerca de seis semanas

Dividido em três etapas: puerpério imediato, precoce e tardio

Medidas não farmacológicas para conforto e alívio da dor¹⁰⁻¹³

Desconforto

Pode ou não estar associado a dor

Dor

Definida como uma sensação desagradável e perturbadora emocionalmente que está relacionada com uma lesão tecidual real ou potencial

≠

Conforto na gravidez, parto e pós-parto^{5,7-9}

Ao longo da gestação ocorrem diversas alterações no corpo da mulher que criam um ambiente favorável à continuidade da mesma e ao adequado desenvolvimento fetal

↓

Desconfortos da gravidez

↓

Sistema músculo-esquelético



Dor do Trabalho de Parto¹⁰⁻¹⁵

- Associada a um acontecimento feliz da vida da mulher;
- Processo fisiológico normal, autolimitado no tempo e não está associado a algo patológico;
- Varia de acordo com a individualidade de cada mulher.



A utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor e conforto da mulher faz com que haja uma diminuição do medo e da ansiedade inerente a este ciclo e a todas as alterações que o mesmo acarreta e promove ainda, a autoconfiança da grávida e acompanhante.



O rebozo pode ser um bom aliado ao longo do ciclo gravídico-puerperal, como promotor de conforto²⁶.



O Rebozo^{18,19}



Peça de roupa retangular com cerca de 2,40m de comprimento e 70cm de largura;

Produzido em algodão, lã ou seda com bordos cuidadosamente entrelaçados entre si;

Desde o século XVII que o rebozo está representado na arte mexicana e está inerente ao traje da mulher mexicana;

Várias empregabilidades.

O rebozo e a sua aplicabilidade no trabalho de parto^{18, 26, 27}



É um recurso simples e eficaz, mas que muitas vezes é descurado na prestação de cuidados.



Permite a liberdade de movimentos que por sua vez, infere na mulher um sentimento de bem-estar e uma melhor adaptação ao trabalho de parto, parto e amamentação.



A grávida opta pelas posições que maior conforto lhe conferem, sendo ela a principal protagonista do seu parto.

Benefícios da utilização do rebozo²⁰⁻²⁵



- Alivia a dor;
- Alivia os desconfortos da gravidez;
- Promove o relaxamento;
- Diminui a ansiedade e o stress;
- Permite o envolvimento do acompanhante;
- Fortalece o vínculo grávida/ acompanhante/ EESMO;
- Pode ser utilizado para transportar o recém-nascido.



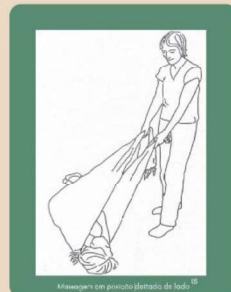
Técnicas e aplicações do rebozo no ciclo gravídico-puerperal

Técnicas e aplicações do rebozo no ciclo gravídico-puerperal¹⁸



Massagem em posição deitada de lado¹⁸

Objetivo: Relaxamento geral do corpo



Movimento em posição de pé¹⁸

Objetivo: Relaxamento da região lombar e pélvica.



Massagem da barriga em várias posturas¹⁸

Objetivo: Relaxamento da região pélvica

Aconheço em posição sentada¹⁸

Objetivo: Relaxamento das costas e do crânio.

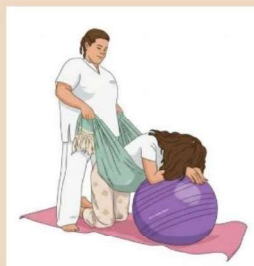


O movimento de aconheço em posição sentada pode contemplar várias massagens conforme o posicionamento do rebozo: **massagem dos ombros, região superior das costas, cintura, região inferior das costas e nádegas.**



Massagem da barriga em várias posturas¹⁸

Objetivo: Relaxamento da região pélvica e pavimento pélvico, relaxamento da parte inferior das costas e embalar o bebê



Massagem da anca¹⁸



Objetivo: Relaxamento do pavimento pélvico e anca. Apoio durante o período expulso

Rebozo em suspensão¹⁸



Massagem em posição deitada (da cabeça aos pés)¹⁸



Objetivo: Relaxamento geral

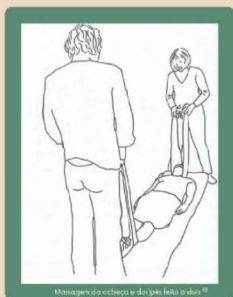
Massagens no período pós-parto – massagem completa^{18, 20}

Todas as massagens poderão ser adaptadas em qualquer fase do período gravídico-puerperal e são percebidas pelas mulheres como muito agradáveis



Massagem da cabeça e dos pés¹⁸

Objetivo: Relaxamento das costas e do pescoço



Massagem da cabeça e dos pés feita a dois¹⁸

Benefícios da utilização do rebozo na puerpéra^{18, 20, 21, 24}:

- Promove o relaxamento físico e emocional;
- Promove a sensação de contenção e segurança;
- Favorece a recuperação do corpo;
- Diminui a ansiedade;
- Valoriza o autocuidado e a humanização da experiência pós-parto;
- Pode ser facilmente adaptado utilizando um lençol.



Benefícios da utilização do rebozo no recém-nascido^{18, 25, 26, 29}:

- Fortalece o vínculo mãe-bebê;
- Permite o contato pele a pele;
- Ajuda na regulação térmica do recém-nascido;
- Promove a amamentação;
- Proporciona liberdade de movimentos e bem-estar à mãe;
- Forma prática e segura de transportar o bebê.

Massagens no período pós-parto – massagem completa¹⁸



Avaliação da Sessão

A sua avaliação é muito importante para mim!



Referências Bibliográficas:

1. Colégio de Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem da saúde materna e obstétrica*. Lisboa: 2023.
2. Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez do Baixo Risco* [Internet]. Lisboa; 2015. Available from: www.dgs.pt
3. Gombali F, Gomes M, Reticova C, Santos M, Dantas N. *Malções no útero e no corpo da mulher durante a gravidez*. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-Brazil [Internet]. 2019 Apr;47(1):41–51. Available from: <http://www.brazilianjournalof.com.br/doi/10.1590/1981-2648-2019-0047-0004>
4. Faria A, Trigueiro L. *Tratado de Parto*. In: Nêze M, Marques R, Amato Batista M, editors. *Enfermagem da Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel; 2016. p. 668–20.
5. Silva A, Santos F, Sousa S. *Atuação do enfermeiro na Assistência ao Parto Humanizado*. *Revista ABC de Estudos Acadêmicos*. 2022;3:39–48.
6. Ferreira AF. *História do Parto*. In: Nêze M, Marques R, Amato Batista M, editors. *Enfermagem da Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel; 2016. p. 438–42.
7. Lousada A, Tavares V. *Atuação do enfermeiro na gravidez*. In: Nêze M, Marques R, Amato Batista M, editors. *Enfermagem da Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel; 2016. p. 18–27.
8. Siqueira AP, Mendes L. *Do Encontro de Inclusão Científica – PUC-PR*. [cited 2024 Nov 4]; p. 1–7. A presença da gestante e a presença da queixa materno-fetal em gestantes. Available from: <https://www.repositorio.ufpr.br/ri/bitstream/handle/2454/47646/1/1604.pdf?1604.pdf>
9. Oliveira T, de Almeida S, Silva TO, de Araújo HSP, Junke EORS. *Desvelando as alterações fisiológicas da gravidez: Estudo Integrativo com foco na consulta de enfermagem*. *Research, Society and Development*. 2022 Oct; 11(10):1–16.
10. DeSanto J, Tavares E, Junior J, Cordeiro L, Oliveira C, Fonseca F. *The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises*. *Brazilian Journal of Pain [Internet]*. 2020 Sep; 1 [cited 2024 Apr 16]; 16(19):1976–82. Available from: <https://www.scielo.br/bjpp/abstract/BJPP16011976>
11. Caplan H, Samir J, Uzun F, Sahin S. *Cultural Methods Used by Women Who Give Vaginal Birth to Cope with Birth Labour Pain*. *Int J Caring Sci [Internet]*. 2021 [cited 2024 Apr 16]; 14(10). Available from: <https://www.ijcaring.com/Research/Abstract/Abstract-16011976/Research-Abstract-16011976>
12. Jandre L, Carvalho de Oliveira S. *A Dor no Trabalho de Parto*. In: Nêze M, Marques R, Amato Batista M, editors. *Enfermagem da Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel; 2016. p. 11–12.
13. Gomes A. *A Dor em Obstétrica*. In: Nêze M, Marques R, Amato Batista M, editors. *Enfermagem da Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel; 2016. p. 408–10.
14. Mavrouli L, Mavrouli L, Katsikis S, Samiylas S, Katsikis S. *Satisfaction of women with childbirth*. *Central European Journal of Nursing and Midwifery [Internet]*. 2020 [cited 2024 Apr 16]; 10(1):1–14. Available from: <https://www.ejcnr.com/Research/Abstract/Abstract-16011976/Research-Abstract-16011976>
15. Kalyan A. *An Exploration of the Political and Philosophical Perspectives of Pain in Childbirth*. *Midwifery Matters [Internet]*. 2023 [cited 2024 Apr 16]; 10(7):13–6. Available from: <https://www.midwiferymatters.com/Research/Abstract/Abstract-16011976/Research-Abstract-16011976>

Vamos praticar?

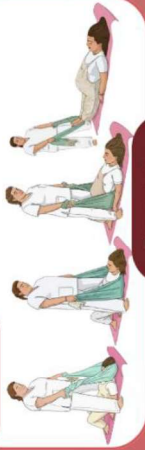


Referências Bibliográficas:

16. Thomson G, Kewley C, Moran M, Downe S, O'Leary C. *Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a systematic review*. *Midwifery*. 2019 [cited 2024 Apr 16]; 169:1–10. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0269472719300000>
17. Ferreira SO. *Métodos Não Farmacológicos de Alívio da Dor*. In: Nêze M, Marques R, Amato Batista M, editors. *Enfermagem da Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel; 2016. p. 4–10.
18. Vinaver N, Kellner M, de Tey T. *A técnica do reboto revelada*. *Ensaio Literário*. 2016; 1:127–30.
19. Pinar H, Kellner M, de Tey T. *A técnica do reboto revelada*. *Ensaio Literário*. 2016; 1:127–30.
20. Hansen M, Midgaard J, Skjott M, Hagen K. *Women's experiences of the reboto technique during labour: A qualitative explorative study*. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2017 Mar; 11:77–85.
21. Sule W, O'Brien RSC, de Klerk ES, Conception AEA, Gerdine CA, de S, Eliezer M, de et al. *A técnica de reboto na atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal: uma revisão integrativa*. *Research, Society and Development*. 2020 May 10; 9(7):e226973740.
22. Winyard L. *Satisfaction with Pain Management in Midwifery*. *Research, Society and Development*. 2020 May 10; 9(7):e226973740.
23. Winyard L. *Satisfaction with Pain Management in Midwifery*. *Research, Society and Development*. 2020 May 10; 9(7):e226973740.
24. Winyard L. *Satisfaction with Pain Management in Midwifery*. *Research, Society and Development*. 2020 May 10; 9(7):e226973740.
25. Winyard L. *Satisfaction with Pain Management in Midwifery*. *Research, Society and Development*. 2020 May 10; 9(7):e226973740.
26. Winyard L. *Satisfaction with Pain Management in Midwifery*. *Research, Society and Development*. 2020 May 10; 9(7):e226973740.
27. Winyard L. *Satisfaction with Pain Management in Midwifery*. *Research, Society and Development*. 2020 May 10; 9(7):e226973740.
28. Winyard L. *Satisfaction with Pain Management in Midwifery*. *Research, Society and Development*. 2020 May 10; 9(7):e226973740.
29. Winyard L. *Satisfaction with Pain Management in Midwifery*. *Research, Society and Development*. 2020 May 10; 9(7):e226973740.
30. Winyard L. *Satisfaction with Pain Management in Midwifery*. *Research, Society and Development*. 2020 May 10; 9(7):e226973740.



Apêndice XXVI – Folheto informativo “Rebozo”



Massagem completa



Transporte para bebé



Ritual de pós-parto

Benefícios da utilização do rebozo no recém-nascido^{1, 8-10}:

- Fortalece o vínculo mãe-bebé;
- Permite o contacto pele a pele;
- Ajuda na regulação térmica do recém-nascido;
- Promove a amamentação;
- Proporciona liberdade de movimentos e bem-estar à mãe;
- Forma prática e segura de transportar o bebé.

APONTE A CÂMARA E VEJA UM VIDEO!



O rebozo une os saberes tradicionais e evidência científica atual. Oferece segurança e conforto, dando protagonismo à mulher e tornando a gravidez, parto e pós-parto uma experiência mais positiva e humanizada.

Bibliografia Utilizada



Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa
1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
• Elaborado por: Débora Evangelista
• Supervisora Clínica: Sara Anunciada
• Supervisora Pedagógica: Dora Carteiro

REBOZO





O QUE É O REBOZO^{1,2}?

- Pano tradicional mexicano longo e resistente;
- Utilizado desde há vários séculos como instrumento de cuidado na gravidez, parto e pós-parto;
- Técnica consiste em movimentos rítmicos, suaves ou vigorosos aplicados na região pélvica, lombar ou abdominal.



Pode ser aplicado em diferentes fases

Gravidez

Trabalho de Parto

Puerpério



Posições que podem ser adotadas na gravidez/ trabalho de parto¹:

Relaxamento da região pélvica



Relaxamento da região dorsal, lombar e pélvica



Relaxamento da região abdominal



Suspensão no rebozo



Alguns cuidados na aplicação do rebozo^{1,5}:

- Avaliar o estado clínico da grávida antes da aplicação;
- Dobrar o rebozo para zonas pequenas e usar aberto em áreas maiores, mantendo-o esticado e sem pregas;
- Garantir um ambiente calmo, confortável e relaxante;
- Manter postura correta e ergonómica durante a aplicação.

Apêndice XXVII – Flyer de divulgação do folheto informativo “Rebozo”



Apêndice XXVIII – Avaliação da sessão de formação “O rebozo como medida de conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal”



O rebozo como medida de conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal

Este questionário de satisfação é anónimo e tem como objetivo avaliar a sessão sobre a utilização do rebozo enquanto instrumento promotor do conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

A sua resposta é muito importante.
Obrigada pela sua colaboração!

Débora Sofia da Costa Evangelista n.º 9229

Aluna do 1º MESMO - Unidade Curricular de Estágio Profissional com Relatório - ESSCVP
Lisboa

Supervisora Clínica: Sara Anunciada

Supervisora Pedagógica: Dora Carteiro

*** Indica uma pergunta obrigatória**

Considera que o tema abordado foi útil? *

- ☐ Muito útil
- ☐ Útil
- ☐ Pouco útil
- ☐ Nada útil

Já conhecia o rebozo? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Já tinha ouvido falar mas não tinha conhecimento das suas vantagens

Se sim, já tinha usado antes? Em que ocasiões?

A sua resposta

Após esta partilha, pondera utilizar o rebozo?

	Sim	Não	Talvez
Pretende utilizar o rebozo durante a gravidez	☐	☐	☐
Pretende utilizar o rebozo durante o trabalho de parto	☐	☐	☐
Pretende utilizar o rebozo no pós-parto	☐	☐	☐

Considera que os recursos utilizados foram adequados? *

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

A informação foi clara e fácil de compreender? *

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

O tempo da sessão foi adequado? *

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

Avaliação global da sessão *

1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

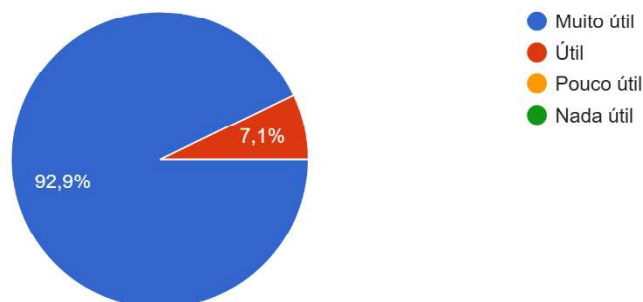
Muito obrigada pela sua participação!

O rebozo une os saberes tradicionais e a evidência científica atual. Oferece segurança e conforto, dando protagonismo à mulher e tornando a gravidez, parto e pós-parto uma experiência mais positiva e humanizada.

Apêndice XXIX – Resultados da avaliação da sessão de formação “O rebozo como medida de conforto ao longo do ciclo gravídico-puerperal”

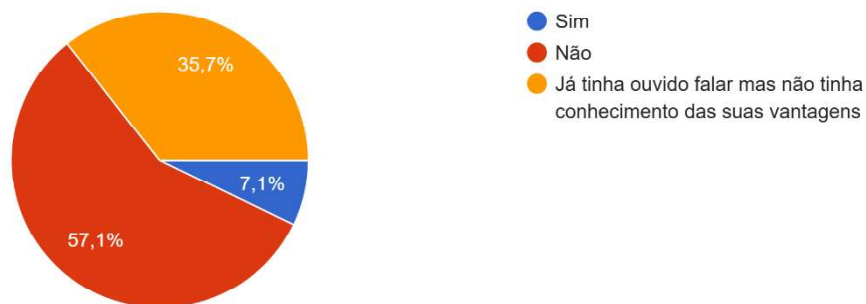
Considera que o tema abordado foi útil?

14 respostas



Já conhecia o rebozo?

14 respostas

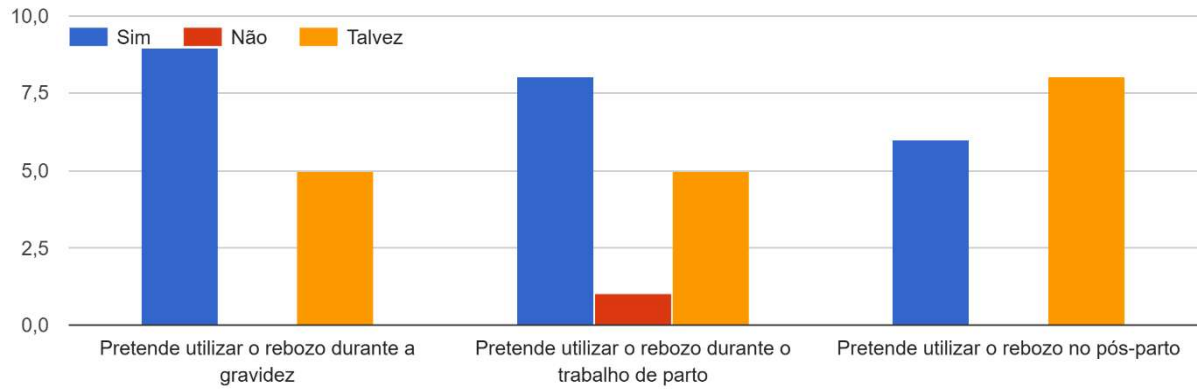


Se sim, já tinha usado antes? Em que ocasiões?

1 resposta

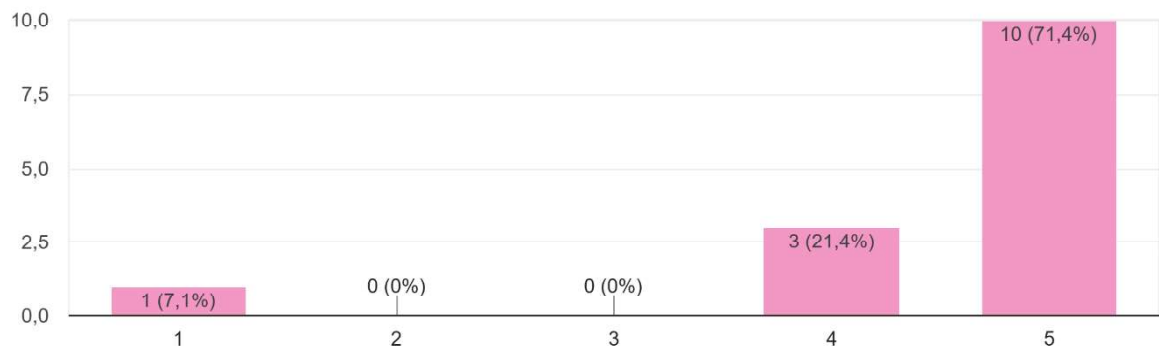
Não usei

Após esta partilha, pondera utilizar o rebozo?



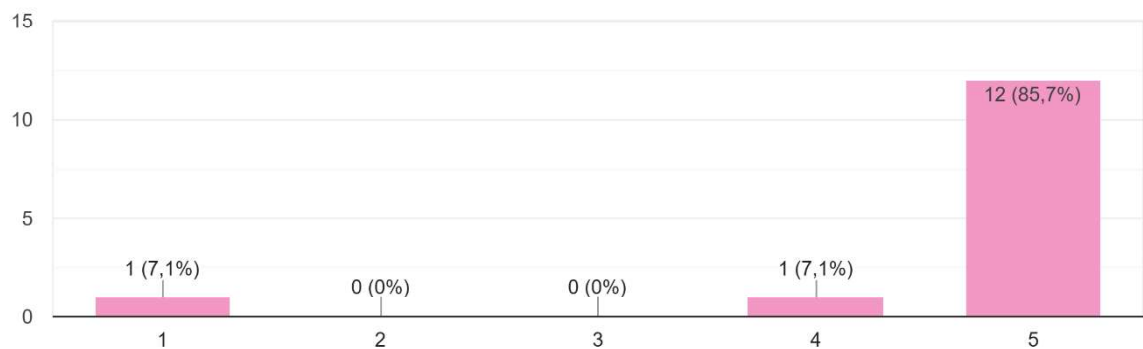
Considera que os recursos utilizados foram adequados?

14 respostas



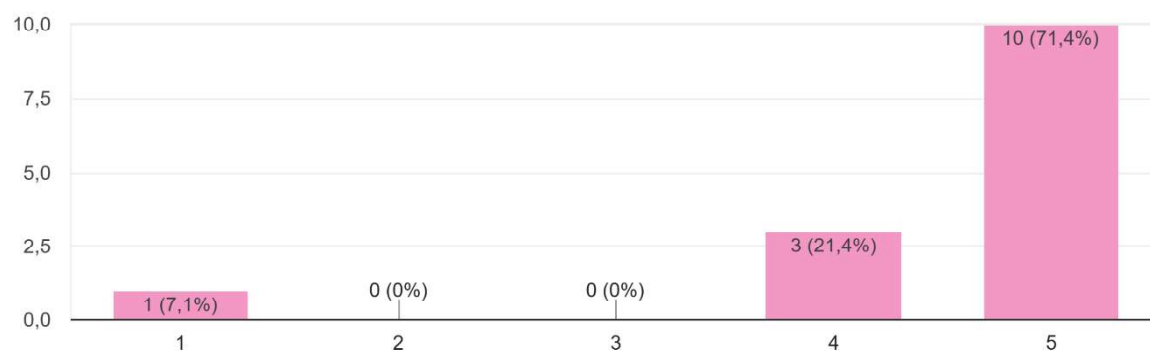
A informação foi clara e fácil de compreender?

14 respostas



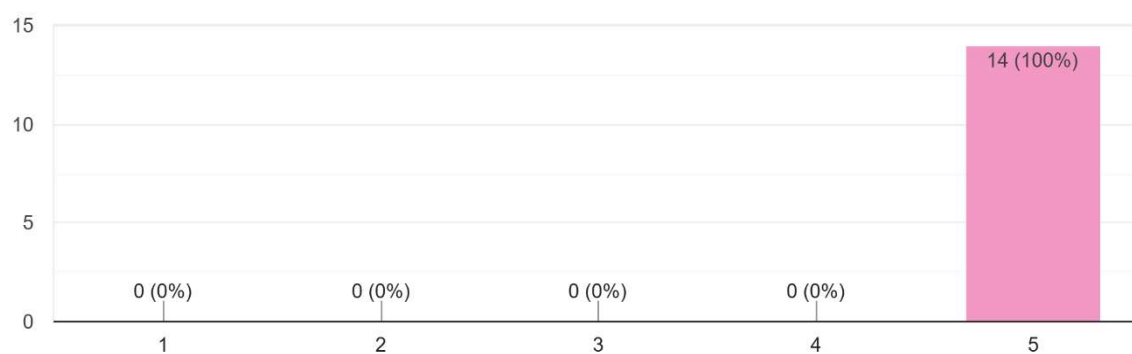
O tempo da sessão foi adequado?

14 respostas



Avaliação global da sessão

14 respostas



Apêndice XXX – Sessão de formação “Rebozo: o conforto no puerpério”



A aplicação do rebozo como medida de conforto é um método não farmacológico para o alívio da dor⁵⁵.

Benefícios da utilização do rebozo na puérpera⁴⁻⁷:

- Promove o relaxamento físico e emocional;
- Promove a sensação de contenção e segurança;
- Favorece a recuperação do corpo;
- Diminui a ansiedade;
- Valoriza o autocuidado e a humanização da experiência do pós-parto;
- Pode ser facilmente adaptado, utilizando um lençol.

O rebozo pode ser aplicado pelo enfermeiro ou pelo acompanhante.



Algumas premissas para a utilização do rebozo¹

* Ambiente:

Ambiente calmo e sossegado;
Música ambiente;
Comunicar com voz calma e baixa.

* Rebozo:

Pode ser adaptado com um lençol;
Utilizar dobrado para zonas do corpo mais pequenas;
O tecido deve permanecer bem esticado e sem pregas.



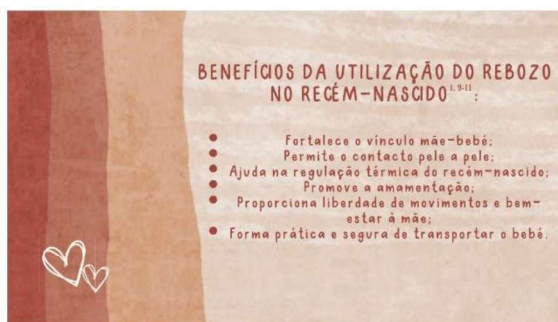
Algumas premissas para a utilização do rebozo¹

* Puérpera:

Deve estar confortável e o mais relaxada possível;
Para maximizar o relaxamento, pode estar de olhos fechados;
Deve deixar-se guiar pelo movimento aplicado;
Indica qual o ritmo lhe confere maior nível de relaxamento.

* Quem aplica o rebozo:

Quem aplica a massagem deve estar corretamente posicionado, mantendo uma posição ergonómica e confortável;
Não deve fazer movimentos descoordenados.





Rebozo

O Conforto no Puerpério

O Rebozo apoia a mãe no seu renascer após o parto

O puerpério é o período em que o corpo da mulher regressa gradualmente ao estado em que estava antes da gravidez. Inicia-se após o parto e pode demorar cerca de 6 semanas.¹ É também uma fase de adaptação física, emocional e social.¹

Algumas premissas na aplicação do rebozo²

Os movimentos feitos podem variar entre: movimentos amplos, movimentos fluidos e curtos ou curtos e rápidos para dar a sensação de vibração. A amplitude e ritmo dos movimentos são escolhidos pela puérpera;

O rebozo pode ser utilizado dobrado se for utilizado para zonas do corpo mais pequenas;

O ambiente deve ser calmo, sossegado e propício a que a mulher esteja confortável e relaxada;

O tecido deve permanecer sem pregas quando a puérpera está sobre ele;

Quem aplica a massagem deve manter uma posição ergonómica e confortável;

Ambos os intervenientes devem estar descalços/ meias antiderrapantes, para manter a segurança.

O que é o rebozo^{2,3} ?

O rebozo é um pano longo, geralmente de algodão, e é visto como uma extensão das mãos de quem o está a utilizar pois, com ele são efetuadas massagens em várias regiões do corpo.

Benefícios da utilização do rebozo na puérpera^{2,4,5} :

- Promove o relaxamento físico e emocional;
- Promove a sensação de contenção e segurança;
- Favorece a recuperação do corpo;
- Diminui a ansiedade;
- Valoriza o autocuidado e a humanização da experiência pós-parto;
- Técnica versátil e sem custos.

Benefícios da utilização do rebozo no recém-nascido^{2,7,9} :

- Fortalece o vínculo mãe-bebé;
- Permite o contacto pele a pele;
- Ajuda na regulação térmica do recém-nascido;
- Promove a amamentação;
- Proporciona liberdade de movimentos e bem-estar à mãe;
- Forma prática e segura de transportar o bebé.

Massagem completa



Transporte para bebé



Ritual de Encerramento



Apêndice XXXII – Flyer de divulgação do póster informativo “Rebozo: o conforto no puerpério”



Anexos

Anexo A – Submissão do artigo de revisão sistemática: “Intervenções autónomas do EEESMO na gestão da dor na fase latente do trabalho de parto: uma revisão sistemática” à revista *Salutis Scientia*



Marta Aires de Sousa <msousa@esscvp.eu>
para Cláudia, Salutis, Dora, Ana, mim, Vanessa ▾

Cara Autora,

Acusamos a recepção dos documentos.

O artigo será publicado com a brevidade possível.

Melhores cumprimentos

quinta, 26/02, 11:38



Marta Aires de Sousa

Editora

Editora

Avenida de Ceuta, 1, piso 14 | 1300-125 Lisboa, Portugal

Tel: +351 21 361 6790 Ext: 242

msousa@esscvp.eu

www.esscvp.eu



Anexo B – Certificação de elaboração do póster para o XXVI Congresso Nacional e X Internacional da APEO – “Benefícios do contacto pele-a-pele no pós-parto de cesariana: intervenção do EEESMO”

CERTIFICADO DE COMUNICAÇÃO 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 o(a) Exm ^{o(a)} Sr. ^(a) : <i>Ana Sofia Santos, Débora Evangelista, Vanessa Palma, Cláudia Cordeiro & Joana Marques</i>	
São autores do Póster, na modalidade presencial, “Benefícios do contacto pele-a-pele no pós-parto de cesariana: intervenção do EESMO”, apresentado por <i>Ana Sofia Santos</i> , no XXI Encontro Nacional e X Congresso Internacional da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO), organizado pela APEO, que decorreu na Fundação Engenheiro António de Almeida – Porto, em 5 de maio de 2025.	
Assinado por: VÍTOR MANUEL LEÃO BAPTISTA Presidente da Comissão Científica da APEO Num. de identificação: 06706968 Data: 2025.05.20 18:30:52 +0100  CARTÃO DE CIDADÃO	Assinado por: Márcio Filipe Moniz Tavares Num. de identificação: 11531478 Data: 2025.05.19 21:38:50+0000 

Anexo C – Certificado de elaboração de póster para o 4.º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica da ULS Almada-Seixal – “Impacto psicológico da perda gestacional no casal”



4.º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em
Saúde Materna e Obstétrica da ULS Almada-Seixal

“PLANEAR O FUTURO”

CERTIFICADO DE PÓSTER

Certifica-se que **Cláudia Cordeiro, Débora Evangelista, Vanessa Palma, Ana Sofia Santos e Maria Maceiras** apresentaram o trabalho na forma de póster, intitulado **“ Impacto psicológico da perda gestacional no casal ”**, no 4.º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) da ULS Almada-Seixal, intitulado **“Planear o Futuro”**, realizado a 9 de maio de 2025, na Egas Moniz School of Health and Science.

Almada, 9 de maio de 2025

Rosália Marques
Enfermeira Gestora

Pela Comissão Científica do 4º EEESMO da ULS Almada-Seixal



Anexo D – Certificado de participação no curso “Aconselhamento em Aleitamento Materno”



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALMADA - SEIXAL



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL
(Dec.Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril)

CENTRO GARCIA DE ORTA
Entidade Acreditada pela ACSS através do Despacho 13019/98, Proc. Renovação nº 034/14-11-2000

Certifica-se que **DEBORA SOFIA COSTA EVANGELISTA**, nascido a 18-11-1987, nacionalidade Portugal, portador do Documento de Identificação nº 13259331-9ZW8, válido até 03-08-2031, frequentou a 03-06-2025 com a duração total de 07h00, o Curso de Formação Profissional

Aconselhamento em Aleitamento Materno

tendo obtido a classificação final na avaliação teórica de Aprovado numa escala de Aprovado/Reprovado.

Almada, 10 de julho de 2025



Coordenadora da
Formação

Certificado Nº 3195/2025



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SISTEMA NACIONAL
DE SAÚDE

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Formação de actualização/aperfeiçoamento

ÁREA DE FORMAÇÃO: 723 – Enfermagem

COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS:

PLANO CURRICULAR:

Introdução

01h00m

Anatomia mama

00h30m

- Fisiologia lactação (Mamogenese e Lactogenese)
- Características leite materno

- Golden hour e contato pele a pele

00h30m

- Livre demanda

- Alimentação por copo

- Dor Mamária

01h15m

- Inurgitamento

- Espetro da Mastite

- Hipogalactea

- Extração de leite

- Suplementação

Latentes com necessidades especiais

00h45m

03h00m

OBSERVAÇÕES:

Anexo E – Certificado de participação no curso “Formação Técnica do Rebozo”

CERTIFICADO



Certifica-se que Débora Sofia da Costa Evangelista

Participou na formação Técnica de Rebozo, no dia 13 de Junho de 2025, com a duração de 8 horas, conforme programa.

O evento ocorreu na Clínica Dr^a Saritta Nápoles, em Vila Nova de Famalicão, em Portugal.

Vila Nova de Famalicão, 23 de Junho de 2025.

Raquel Cajão

Raquel Cajão, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetria





Anexo G – Certificado de participação no webinar “Centro de Parto Normal: o que é e o que não é!”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

DÉBORA SOFIA DA COSTA EVANGELISTA

membro nº 65455 desta Ordem, participou no(a) "Webinar - Centro de Parto Normal: o que é e o que não é!", realizado no dia 21 de Fevereiro de 2025, com duração total de 2 horas e 30 minutos, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 21 de Fevereiro de 2025

O Bastonário

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'Luís Filipe Barreira'.

Luís Filipe Barreira

Anexo H – Certificado de participação no webinar “Desafios éticos e legais em EESMO: implicações e boas práticas”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

DÉBORA SOFIA DA COSTA EVANGELISTA

membro nº **65455** desta Ordem, participou no(a) **"Webinar - Desafios éticos e legais em ESMO: implicações e boas práticas"**, realizado no dia **29 de Maio de 2025**, com duração total de **2 horas e 30 minutos**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 29 de Maio de 2025

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Anexo I – Certificado de participação no webinar “Planear o pós-parto para uma experiência positiva de puerpério em Portugal e no Brasil”





PROGRAMA

Quarta Feira, 26 de Novembro de 2025

Dias 26 e 27 Pré-Congresso (Formação Avançada + Comunicações Oraís)

09.00 - 09.30 SECRETARIADO

Sala J - Secretariado
Paula Janeiro e Andréia Carmo

09.30 - 13.00 Formação Avançada - Cursos Práticos

Curso 1 - **Práticas em Obstetria: A Integração da Contração Intrauterina**
Formador: Prof.ª **Márcia Furtos** - (EES-IPVC)

Curso 2 - **Ecografia Abdominal Obstétrica e da Gravidez - Noções Básicas**
Formador: Dr.ª **Maria Carolina Covaiza & Cristiana Marinho e Soares** - (Departamento de Obstetria, Ginecologia e Medicina da Reprodução - Unidade local de Saúde Santa Maria)

11.00 Intervalo

13.00 Almoço Livre

14.30 - 18.00 Formação Avançada - Cursos Práticos

Curso 3 - **(Re-)Olhar O Parto de Baixo para Cima "Parto verticalizado" e Novas Formas de Posicionar no TP / Período Expulso - Estado da Arte**
Formador: EE ESMO **Andréia Soares & EE ESMO Daniela Vilas Boas** - (ULIS-PPVC - IPVC)

Curso 4 - **Modelos de cuidados - Low Care na vigilância da Gravidez de Baixo Risco elevada por EE-ESMO nos cuidados de Saúde Primários**
Formador: EE-ESMO **Lidia Ingal** - (ULIS-Occidental - UCC-Porto)

Mostra de Posters em Tela Digital durante todo o evento

16.00 Intervalo

18.00 Encerramento

Quinta Feira, 27 de Novembro de 2025

09.00 - 09.30 SECRETARIADO

Sala J - Secretariado
Paula Janeiro e Andréia Carmo

09.30 - 13.00 Formação Avançada - Cursos Práticos

Curso 5 - **Treino com Simuladores na Colocação do Implante Contracetivo Subcutâneo**
Formador: Prof.ª **Márcia Furtos** - (EES-IPVC)

Curso 6 - **Prontidão na Lactação - Experiências que fazem a diferença na prática clínica**
Formador: Dr.ª **Uliana Pereira**

10.30 Intervalo

13.00 Almoço Livre

Mostra de Posters em Tela Digital durante todo o evento

14.00 - 18.00 Auditório - Apresentação das Comunicações Oraís
Moderadores: Dr.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - IPVC)
EE ESMO **Guilherme Amaral** - (ULIS-Occ - IPVC)

16.00 Intervalo

18.00 Encerramento

Sexta Feira, 28 de Novembro de 2025

08.30 SECRETARIADO

Sala J - Secretariado
Paula Janeiro e Andréia Carmo

09.00 Sessão de Abertura

• **Presidente Mesa do Colóquio da Especialidade da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - EE-ESMO** **Alexandrina Cardoso**

• **Directora Técnica Parque - Dr. Manuel Oliveira**

• **Directora Clínica para a Área dos Cuidados de Saúde Primários da ULIS João - Dra. Lúcia Maria Silva**

• **Presidente da Sociedade da Clínica da Mãe - Dra. Emília Santos**

• **Presidente da Comissão Científica do Congresso - EE-ESMO** **Albina Sequeira**

• **Representante da Comissão Científica Internacional do Congresso - EE-ESMO** **Claudia Mesias**

• **Presidente da Associação Portuguesa Enfermeiras Obstétricas (APEO) - EE-ESMO** **Vitor Varela**

09.30 Conferência I - Intervenção de EE-ESMO na conservação da integridade da grávida, na gravidez e no parto
Moderador: EE-ESMO **Paula Janeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)
Conferentista: EE-ESMO **Mário Jansen** - (ES-UPA)

10.00 Intervalo

10.30 Conferência II - Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)

• **Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica**
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)

• **Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica**
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)

• **Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica**
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)

• **Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica**
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)

• **Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica**
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)

• **Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica**
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)

• **Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica**
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)

• **Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica**
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)

• **Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica**
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)

• **Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica**
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)

• **Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica**
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)

• **Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica**
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)

• **Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica**
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)

• **Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica**
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)

• **Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica**
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)

• **Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica**
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)

• **Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica**
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)

• **Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica**
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)

• **Parto vaginal após cesariana uterina ou realidade? O papel transformador do EE-ESMO na concretização da planeação do parto da mãe e na prevenção de trauma psicológico - Evidência científica**
Moderador: Ent.ª **Catarina Cordeiro** - (ULIS-Occ - UCC-Paranhos)



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem

"Cuidados Integrados e Integração de Cuidados, Um Caminho Emergente!"

Certifica-se que Débora Sofia da Costa Evangelista participou no II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem, realizado por via online de 2 a 6 de junho de 2025, pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa Lisboa, com uma carga horária de 31 horas.

Pela Comissão Organizadora do II Seminário Internacional dos Mestrados em Enfermagem.



Anexo L – Certificado de participação na formação “Anatomia Funcional do Parto Fisiológico em Hospital”



CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

(Dec.Reg. nº 35/2002 de 23 de Abril)

CENTRO DE CONHECIMENTO, INVESTIGAÇÃO E INOVAÇÃO (CCII)

Entidade Acreditada pela ACSS através do Despacho 13019/98, Proc. Renovação nº 034/14-11-2000

Certifica que **DEBORA SOFIA COSTA EVANGELISTA**, nascido a 18-11-1987, com nacionalidade Portugal, portador do Doc. de Identificação nº 13259331-9ZW8, válido até 03-08-2031, frequentou 21h00 do Curso de Formação **Anatomia Funcional do Parto Fisiológico em Hospital** realizado de 02-02-2026 a 04-02-2026 com a duração total de 21h00, tendo obtido a classificação final na avaliação teórica de Aprovado numa escala de Aprovado/Reprovado.

Almada, 16 de março de 2026

Margarida Ferreira
Centro de Conhecimento, Investigação e Inovação (CCII)
Diretora

Élia Santos
Centro de Conhecimento, Investigação e Inovação (CCII)
Responsável pela Unidade de Formação

Certificado Nº 1963/2026

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Formação de actualização/aperfeiçoamento

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 – Saúde

COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS: - Descrever e analisar os movimentos e as posições que as mulheres adotam durante o parto;

- Analisar os movimentos e posições maternas em relação com a coluna vertebral e com os membros inferiores e a sua interrelação em influência no movimento dos ossos da bacia e modificação dos diâmetros da cavidade pélvica;

- Relacionar a descida da apresentação fetal na cavidade pélvica de acordo com estreitos da bacia e os planos de Hodge em relação à mobilidade intrínseca da bacia e a influência da posição materna;

- Adquirir e aprofundar competências específicas, em caso de um parto fisiológico, para compreender os movimentos e as posições que a mulher adota espontaneamente e acompanhá-la segundo as suas necessidades;

- Adquirir e aprofundar competências específicas, em caso de um parto com analsegia locoregional, para ser capaz de sugerir movimentos e posições que ajudem e otimizem a descida da apresentação fetal pelo canal de parto;

- Analisar anatomicamente determinadas "manobras" desenvolvidas por parteiras e instruir acerca da sua correta aplicação em determinados momentos do parto;

- Refletir e trabalhar em conjunto sobre as necessidades das mulheres durante o parto.

PLANO CURRICULAR:

- Estudo da pélvis feminina no próprio corpo e tridimensionalmente; 07h00m

- Experimentação dos movimentos e da posições da bacia nas diferentes fases do parto;

- Mobilização e orientação da bacia extrínseca a partir das articulações da anca;

- As posições "estrela" da mobilidade pélvica e o conceito de "pélvis livre";

- Estudo das estruturas ósseas e articulares presentes na cavidade pélvica;

- Relação entre os três espaços pélvicos e os quatro planos de Hodge;

- Análise dos movimentos intrínsecos dos ossos da bacia durante o parto: contranutação sacra e ilíaca; nutação sacra e ilíaca; supinação ilíaca e pronação ilíaca;

- Ampliação dos diâmetros ântero-posterior e lateral de cada um dos três espaços internos da bacia a partir da sua mobilidade intrínseca;

- Relação entre os movimentos intrínsecos e extrínsecos da bacia. Análise de posições;

- Vivência e atitude da mulher grávida em relação aos movimentos da bacia;

- Transformação dos espaços internos da bacia durante o parto: assimetrias e rotações;

- Análise e reflexão sobre as formações externas e internas presentes no parto e a sua influência na mobilidade da bacia;

- Adaptação das posições e dos movimentos de acordo com a sala de parto: apoios e suportes - cama de parto, arco, cadeiras, cadeira de parto, pequenos bancos, chuveiro, pano de suspensão, bola de pilates, bola de amendoim, etc.;

- Manobra de "Contranutação Externa": como ajudar o sacro a contranutar a partir do exterior para que o promontório sacro se desloque para trás, ampliando o estreito superior da bacia;

- Manobra de "Kabilla": como criar uma nutação sacra e nutação ilíaca em simultâneo, para aumentar os diâmetros ântero-posteriores dos espaços pélvicos médio e inferior;

- Manobra de "Moinho de vento" As três versões da mobilização passiva da bacia para ampliar assimetricamente os espaços internos da pélvis menor;

- Manobra da "Rã": como ampliar os diâmetros ântero-posteriores e lateral, em simultâneo, com rotações e assimetrias das duas pernas; - Manobras sobre "as "cristas ilíacas": como se modificam os diâmetros internos da cavidade pélvica em função da atitude corporal da mulher ou da pressão aplicada em zonas distintas das cristas ilíacas, desde o exterior; - O acompanhamento/apoio/suporte à parturiente pela parteira e pelo acompanhante; - A "Roda": mobilidade com anelgesia epidural; - Princípios básicos da suspensão. Prática experimental.	07h00m
- Estudo da pélvis feminina no próprio corpo e tridimensionalmente; - Experimentação dos movimentos e da posições da bacia nas diferentes fases do parto; - Mobilização e orientação da bacia extrínseca a partir das articulações da anca; - As posições "estrela" da mobilidade pélvica e o conceito de "Pélvis livre"; - Estudo das estruturas ósseas e articulares presentes na cavidade pélvica; - Relação entre os três espaços pélvicos e os quatro planos de Hodge; - Análise dos movimentos intrínsecos dos ossos da bacia durante o parto: contranutação sacra e ilíaca; nutação sacra e ilíaca; supinação ilíaca e pronação ilíaca; - Ampliação dos diâmetros ântero-posterior e lateral de cada um dos três espaços internos da bacia a partir da sua mobilidade intrínseca; - Relação entre os movimentos intrínsecos e extrínsecos da bacia. Análise de posições; - Vivência e atitude da mulher grávida em relação aos movimentos da bacia; - Transformação dos espaços internos da bacia durante o parto: assimetrias e rotações; - Análise e reflexão sobre as formações externas e internas presentes no parto e a sua influência na mobilidade da bacia; - Adaptação das posições e dos movimentos de acordo com a sala de parto: apoios e suportes - cama de parto, arco, cadeiras, cadeira de parto, pequenos bancos, chuveiro, pano de suspensão, bola de pilates, bola de amendoim, etc.; - Manobra de "Contranutação Externa": como ajudar o sacro a contranutar a partir do exterior para que o promontório sacro se desloque para trás, ampliando o estreito superior da bacia; - Manobra de "Kabilla": como criar uma nutação sacra e nutação ilíaca em simultâneo, para aumentar os diâmetros ântero-posteriores dos espaços pélvicos médio e inferior; - Manobra de "Moinho de vento" As três versões da mobilização passiva da bacia para ampliar assimetricamente os espaços internos da pélvis menor; - Manobra da "Rã": como ampliar os diâmetros ântero-posteriores e lateral, em simultâneo, com rotações e assimetrias das duas pernas; - Manobras sobre "as "cristas ilíacas": como se modificam os diâmetros internos da cavidade pélvica em função da atitude corporal da mulher ou da pressão aplicada em zonas distintas das cristas ilíacas, desde o exterior; - O acompanhamento/apoio/suporte à parturiente pela parteira e pelo acompanhante; - A "Roda": mobilidade com anelgesia epidural; - Princípios básicos da suspensão. Prática experimental.	07h00m
- Estudo da pélvis feminina no próprio corpo e tridimensionalmente; - Experimentação dos movimentos e da posições da bacia nas diferentes fases do parto; - Mobilização e orientação da bacia extrínseca a partir das articulações da anca; - As posições "estrela" da mobilidade pélvica e o conceito de "Pélvis livre"; - Estudo das estruturas ósseas e articulares presentes na cavidade pélvica;	

- Análise dos movimentos intrínsecos dos ossos da bacia durante o parto: contranutação sacra e íliaca; nutação sacra e íliaca; supinação íliaca e pronação íliaca;
- Ampliação dos diâmetros ântero-posterior e lateral de cada um dos três espaços internos da bacia a partir da sua mobilidade intrínseca;
- Relação entre os movimentos intrínsecos e extrínsecos da bacia. Análise de posições;
- Vivência e atitude da mulher grávida em relação aos movimentos da bacia;
- Transformação dos espaços internos da bacia durante o parto: assimetrias e rotações;
- Análise e reflexão sobre as formações externas e internas presentes no parto e a sua influência na mobilidade da bacia;
- Adaptação das posições e dos movimentos de acordo com a sala de parto: apoios e suportes - cama de parto, arco, cadeiras, cadeira de parto, pequenos bancos, chuveiro, pano de suspensão, bola de pilates, bola de amendoim, etc.;
- Manobra de "Contranutação Externa": como ajudar o sacro a contranutar a partir do exterior para que o promontório sacro se desloque para trás, ampliando o estreito superior da bacia;
- Manobra de "Kabila": como criar uma nutação sacra e nutação íliaca em simultâneo, para aumentar os diâmetros ântero-posteriores dos espaços pélvicos médio e inferior;
- Manobra de "Moinho de vento" As três versões da mobilização passiva da bacia para ampliar assimetricamente os espaços internos da pélvis menor;
- Manobra da "Rã": como ampliar os diâmetros ântero-posteriores e lateral, em simultâneo, com rotações e assimetrias das duas pernas;
- Manobras sobre "as "cristas ilíacas": como se modificam os diâmetros internos da cavidade pélvica em função da atitude corporal da mulher ou da pressão aplicada em zonas distintas das cristas ilíacas, desde o exterior;
- O acompanhamento/apoio/suporte à parturiente pela parteira e pelo acompanhante;
- A "Roda": mobilidade com anelgesia epidural;
- Princípios básicos da suspensão. Prática experimental.

OBSERVAÇÕES: