



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Relatório de Estágio

**Experiência de Snoezelen no Trabalho de Parto: Contributos
do Enfermeiro Obstetra**

Snoezelen Experience in Labor: Contributions from the Obstetric Nurse

Luísa Umbelina Varela Silva



Lisboa
2024



Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Relatório de Estágio

**Experiência de Snoezelen no Trabalho de Parto: Contributos
do Enfermeiro Obstetra**

Snoezelen Experience in Labor: Contributions from the Obstetric Nurse

Luísa Umbelina Varela Silva

Orientadora: Professora Doutora Maria Helena de Carvalho
Valente Presado



Lisboa
2024

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

"As coisas que fazemos hoje, neste exato momento, impactam vidas para sempre."

Florence Nightingale

Agradecimentos

Gostaria de expressar os meus sinceros agradecimentos,

À minha mãe, pois sem o seu apoio este objetivo não teria sido alcançado. É e será sempre a minha fonte de inspiração.

Aos meus filhos, Santiago e Tomás, por serem o meu porto seguro e por, de alguma forma, compreenderem a minha ausência em determinados momentos ao longo destes dois anos e meio de mestrado.

Ao Duarte, por ser o melhor pai que poderia desejar para os nossos filhos e por ter sido o meu suporte ao longo deste percurso.

Aos meus amigos, pela paciência e compreensão diante da minha ausência, mas ainda assim estarem sempre presentes para mim. Em especial, o meu agradecimento vai para a **Liliana e a Carla**.

À Professora Doutora Maria Helena Presado, pela orientação, apoio, disponibilidade, dedicação e encorajamento essenciais em todas as fases deste trabalho.

A todos os orientadores de estágio, pela paciência, incentivo e generosidade na partilha de conhecimentos e experiências, bem como pelo reconhecimento e valorização do meu esforço.

Aos meus colegas de trabalho, pelo constante apoio, motivação e incentivo para que eu não desistisse, mesmo nos momentos mais difíceis. Agradeço também pela flexibilidade nas trocas de turnos e por serem uma equipa verdadeiramente extraordinária.

Às minhas colegas de curso, o grupo Rouxinol, pelo companheirismo, boa disposição, partilha de experiências e pelo espaço para os meus desabafos.

A todas as mulheres e famílias com as quais tive o privilégio de me cruzar, e que contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional.

E, por fim, a todas as mulheres que aceitaram participar neste estudo, partilhando os seus testemunhos de forma tão generosa, sem as quais este estudo não teria sido possível.

O meu muito obrigada!

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABCF – Auscultação de Batimentos Cardíacos do Feto

ACO – Anticoncepcional Oral

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

AFU – Altura do Fundo do Útero

APPT – Ameaça de Parto de Pré-termo

BO – Bloco de Obstetrícia

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CPPP – Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CTG – Cardiotocografia

DG – Diabetes Gestacional

DGS - Direção-Geral da Saúde

DIU – Dispositivo Intrauterino

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

EC – Ensino Clínico

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EN – Escala Numérica da Dor

EO – Enfermeiro Orientador

EpS – Educação para a Saúde

ER - Estágio com Relatório

ESEL – Escola Superior de Enfermagem

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

GIG – Grande para Idade Gestacional

HIG – Hipertensão Induzida pela Gravidez

HPP – Hemorragia Pós-Parto

HPV – Vírus do Papiloma Humano

HTA – Hipertensão Arterial

ICM – Internacional Confederation of Midwives

IG – Idade Gestacional

IMC – Índice de Massa Corporal

IO – Índice Obstétrico

ITP – Indução do Trabalho de Parto

LIG – Ligeiro para Idade Gestacional

MMF – Medicina Materno-Fetal

MNF – Métodos Não Farmacológicos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PE – Pré-Eclâmpsia

PF – Planeamento Familiar

RCCU – Rastreio do Cancro do Colo do Útero

RCF – Restrição de Crescimento Fetal

RN – Recém-nascido

RPM – Rotura Prematura de Membranas

SIU – Sistema Intrauterino

SMMF – Serviço de Medicina Materno-Fetal

SP – Sala de Partos

SPOMMF - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

SR – Scoping Review

SUGO – Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica

TENS – Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea

TP – Trabalho de Parto

Resumo

O presente trabalho tem como objetivo documentar o percurso de aquisição e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), assim como a obtenção do grau de Mestre, com base em cuidados fundamentados na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (2003).

Este relatório de estágio explora a utilização da experiência de *Snoezelen* como estratégia não farmacológica, para a promoção do conforto e alívio da dor durante o trabalho de parto. A intervenção *Snoezelen* tem expandido os seus campos de aplicação e mostra-se relevante na área da saúde materna, ao proporcionar experiências sensoriais que estimulam de forma natural o sistema sensorial das parturientes, visando a redução dos níveis de ansiedade, stress e dor ao longo do trabalho de parto.

Na primeira fase da investigação foi realizada uma Scoping Review segundo as orientações do Joanna Briggs Institute (2020), mapeando a evidência científica existente sobre quais as estratégias sensoriais promotoras de uma experiência positiva de gravidez, parto e pós-parto, que decorreu entre setembro e novembro de 2023. Na segunda fase, foi desenvolvido um estudo qualitativo descritivo exploratório, que decorreu entre abril e junho de 2024. Neste estudo, a experiência de *Snoezelen* foi promovida junto a cinco participantes, sendo realizadas entrevistas e aplicada de uma grelha de observação, com o intuito de analisar como esta estratégia multissensorial pode contribuir para o relaxamento e conforto das parturientes durante o trabalho de parto. Foi realizada análise de conteúdo seguindo as fases propostas por Bardin (2016).

Os resultados obtidos revelaram que a experiência de *Snoezelen* contribuiu para um aumento do conforto, traduzido no alívio da dor do trabalho de parto e relaxamento da parturiente. Emergiram como contributos da experiência de *Snoezelen*: melhoria do bem-estar físico e psicológico, gestão e redução da dor e do stress e a promoção da participação ativa da pessoa significativa no processo de trabalho de parto.

Finalizado este percurso, considero que tenho um longo caminho a percorrer no que respeita à divulgação e aplicação do *Snoezelen* no trabalho de parto.

Palavras-chave: Experiência de Snoezelen; Conforto; Trabalho de Parto

Abstract

This study aims to document the process of acquisition and development of competencies of the Maternal and Obstetric Health Nurse Specialist (EEESMO), as well as the attainment of a Master's degree, grounded in care based on Katharine Kolcaba's Comfort Theory (2003).

This internship report explores the use of the *Snoezelen* experience as a non-pharmacological strategy to promote comfort and pain relief during labor. The *Snoezelen* intervention has expanded its fields of application and proves to be relevant in maternal health by offering sensory experiences that naturally stimulate the sensory system of laboring women, aiming to reduce anxiety, stress and pain levels throughout labor.

In the first phase of the research, a Scoping Review was conducted following the guidelines of the Joanna Briggs Institute (2020) to map existing scientific evidence on sensory strategies that promote a positive experience of pregnancy, childbirth and postpartum, conducted between September and November 2023. In the second phase, a descriptive exploratory qualitative study was carried out between April and June 2024. In this study, the *Snoezelen* experience was provided to five participants, with interviews conducted and an observation grid applied to analyze how this multisensory strategy can contribute to relaxation and comfort during labor. Content analysis was performed following the stages proposed by Bardin (2016).

The results showed that the *Snoezelen* experience sessions contributed to increased comfort, reflected in pain relief and relaxation for the laboring woman. Key contributions from the *Snoezelen* experience included improved physical and psychological well-being, pain and stress management, and the integration of a significant person in the labor process.

Concluding this journey, I recognize that there is a long path ahead in promoting and applying *Snoezelen* in labor.

Keywords: Snoezelen Experience; Comfort; Labor

Índice

Introdução	13
1. Enquadramento Conceptual	16
1.2. A dor no trabalho de parto.....	17
1.3. Gestão da dor durante o trabalho de parto	18
1.4. Experiência de <i>snoezelen</i> no trabalho de parto	19
1.5. Teoria do conforto de Katherine Kolcaba no cuidar do EEESMO	21
2. Metodologia e Processos de Trabalho	23
2.1. Investigação secundária: scoping review.....	23
2.2. Investigação primária: experiência de <i>snoezelen</i> no trabalho de parto: contributos do enfermeiro obstetra	25
2.2.1. Tipo de estudo, objetivos e questão de investigação	26
2.2.2. Participantes	27
2.2.3. Instrumentos de colheita de dados	27
2.2.4. Tratamento e análise de dados.....	28
2.3. Desenvolvimento de competências clínicas.....	29
2.4. Outras atividades implementadas para a consecução dos objetivos.....	30
2.5. Considerações éticas	31
3. Apresentação e Discussão de Resultados	33
3.1. Experiência de <i>snoezelen</i> no trabalho de parto: scoping review	33
3.2. Estudo primário - experiência de <i>snoezelen</i> no trabalho de parto: contributos do enfermeiro obstetra.....	34
3.2.1. Resultados da entrevista	35
3.2.2. Resultados da observação	40
3.2.3. Conclusão do estudo	43
3.3. Análise reflexiva do percurso de desenvolvimento de competências específicas do EEESMO.....	44

3.3.1. Cuida a mulher em idade fértil inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional	45
3.3.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.....	47
3.3.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.....	52
3.3.4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.....	58
3.3.5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica	63
4. Limitações ao Processo de Aprendizagem	67
5. Considerações Finais	68
6. Referências Bibliográficas.....	70

Anexos

Anexos I – Certificado do Curso de Abordagem Snoezelen para Profissionais

Anexos II – Sessão de divulgação do estudo primário aos profissionais de saúde dos contextos de Cuidados de Saúde Primários e Puerpério

Anexo III – Folha síntese de registo das atividades práticas

Apêndices

Apêndice I - Experiência de Snoezelen no Trabalho de Parto: Scoping Review

Apêndice II – Instrumento da colheita de dados: Grelha de observação da Experiência de Snoezelen no Trabalho de Parto

Apêndice III – Instrumento da colheita de dados: Guião da entrevista

Apêndice IV – Poster “Estratégias multissensoriais para uma experiência de gravidez, parto e pós-parto positiva: Revisão Scoping”

Apêndice V – Sessão de divulgação do estudo primário aos profissionais de saúde do contexto de Cuidados de Saúde Primários

Apêndice VI – Participação com Poster no 3º Encontro do EEESMO de uma Unidade de Saúde Local “Nova Realidade, AGIR em Equipa”

Apêndice VII – Análise de conteúdo das entrevistas

Apêndice VIII – Análise de conteúdo das grelhas de observação

Apêndice IX – Sessão de Educação para Saúde do CPPP “Métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto”

Apêndice X – Folhetos elaborados sobre aromoterapia e cromoterapia

Apêndice XI – Planeamento da sessão de formação “Prolapso dos órgãos do pavimento pélvico: Contributos do EEESMO/Profissionais de Saúde”

Apêndice XII – Sessão de formação “Prolapso dos órgãos do pavimento pélvico: Contributos do EEESMO/Profissionais de Saúde”

Índice de tabelas

Tabela 1 – Entrevistas - Categorização da dimensão " Estratégias para o alívio da dor durante TP"

Tabela 2 – Entrevistas - Categorização da dimensão " Satisfação com a aplicação da estratégia multissensorial"

Tabela 3 – Grelhas de observação - Categorização da dimensão "Estratégias para o alívio da dor durante o TP"

Tabela 4 – Grelhas de observação - Categorização da dimensão "Satisfação com a aplicação da estratégia multissensorial"

Introdução

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório (ER), componente integrante do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO), ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este documento tem como principal objetivo a análise do percurso formativo, com destaque para a avaliação do processo de aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e dos conhecimentos, aptidões e atitudes requeridos ao nível de mestre. Para tal, apresenta-se uma análise descritiva, crítica e reflexiva do processo de aprendizagem, com ênfase no desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais. Este desenvolvimento é fundamental para assegurar uma prestação de cuidados especializados e de excelência, direcionados à mulher ao longo do seu ciclo de vida, ao recém-nascido (RN) e à família, promovendo assim uma prática profissional de elevada qualidade, aliada à evidência científica.

Os cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica assentam em três pilares: a competência profissional, a prática baseada na evidência e o respeito nos cuidados aos clientes (Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2021), considerando os EEESMO como profissionais de referência e elementos essenciais nas equipas multidisciplinares devido ao seu conhecimento especializado. Foram definidos os seguintes objetivos para este ER: desenvolver competências comuns ao Enfermeiro Especialista, conforme definido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019) emitido pela Ordem dos Enfermeiros (OE); promover o desenvolvimento das Competências Específicas do EEESMO, de acordo com as orientações da OE, expressas no Regulamento n.º 391/2019, e com as competências essenciais para a prática obstétrica definidas pela International Confederation of Midwives (ICM); e adquirir conhecimentos, aptidões e atitudes ao nível de mestre, tal como exposto no Decreto-Lei n.º 65/2018; desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados à mulher/casal, que favoreçam uma experiência de parto positiva.

O ER decorreu entre 25 de setembro de 2023 a 28 de junho de 2024, envolvendo atividades em diversos contextos clínicos, especificamente nas áreas de Medicina Materno-Fetal, Ginecologia, Puerpério, Cuidados de Saúde Primários (CSP), Sala de Partos (SP) e Neonatologia.

Na literatura são descritas várias estratégias não farmacológicas como medidas de alívio da dor durante o trabalho de parto (TP), sendo os seguintes os mais utilizados: musicoterapia, hidroterapia, aromaterapia, técnicas de relaxamento/respiração, aplicação de calor e/ou frio, acupuntura e acupressão, massagem, reflexologia, mobilidade materna, exercício perineal com bola suíça e estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) (Néné et al., 2016).

O *Snoezelen* é um conceito que se refere a um ambiente multissensorial controlado, projetado para oferecer estímulos sensoriais suaves e relaxantes, como luzes, sons, texturas e aromas. Este ambiente é utilizado para promover o relaxamento e o bem-estar em diversas populações, incluindo grávidas, que possam beneficiar de uma redução do stress e da ansiedade. No contexto do TP, o *Snoezelen* visa criar um espaço onde a mulher possa sentir-se segura, confortável e apoiada, facilitando o processo natural do parto e proporcionando uma experiência mais positiva (Zensenses, 2021).

A escolha do tema Experiência de *Snoezelen* no TP foi motivada pela necessidade de explorar abordagens não farmacológicas que possam melhorar a experiência da mulher durante este momento tão intenso e transformador. O TP é frequentemente associado a elevados níveis de stress e ansiedade, que podem impactar negativamente tanto o processo de parto quanto o bem-estar da mulher e do RN. Neste sentido, a aplicação da estratégia de *Snoezelen* oferece uma alternativa inovadora e eficaz para promover o relaxamento e o conforto, alinhando-se com uma prática baseada na evidência no cuidado obstétrico.

Em Portugal existem atualmente duas salas de partos com sala *Snoezelen*, o que se torna pertinente apostar nesta área de formação e no âmbito do MESMO assume-se a responsabilidade de investigar mais sobre a intervenção do EEESMO na aplicação de estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto/relaxamento durante o TP.

Desde a conceção do Projeto de Estágio optou-se por adotar um referencial teórico de forma a orientar o percurso de aprendizagem, sendo assim adotada a Teoria

do Conforto de Katharine Kolcaba. Esta teoria foca-se na importância do conforto físico, psicológico, social e espiritual no cuidado de enfermagem (Kolcaba, 2003), apresentando assim uma relação intrínseca com o *snoezelen* no que diz respeito ao alívio da dor, á recuperação e ao bem-estar das parturientes.

No que respeita á estrutura, este documento está dividido em quatro capítulos. No primeiro pretende-se realizar um enquadramento conceptual, onde se inclui a revisão da literatura e se aborda o referencial teórico que sustentou a prática de cuidados. O segundo capítulo apresenta uma descrição detalhada da metodologia aplicada no desenvolvimento do projeto de estágio, incluindo a Scoping Review (SR), o estudo empírico e as considerações éticas envolvidas. No terceiro capítulo, são expostos e analisados os resultados obtidos tanto na SR como no estudo empírico, sendo também realizada uma reflexão crítica sobre o percurso de desenvolvimento das competências de EEESMO. O quarto capítulo identifica as limitações encontradas no processo de aprendizagem, e o quinto e último capítulo reúne as considerações finais.

Este trabalho foi escrito de acordo com o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL (2023) e redigido em conformidade com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa. Relativamente ás citações e referências bibliográficas, foram seguidas as normas estabelecidas pela American Psychological Association (APA), na sua 7ª edição.

1. Enquadramento Conceptual

Este capítulo abordará a revisão de literatura realizada para clarificar os principais conceitos que orientam este relatório de estágio, nomeadamente o trabalho de parto, a dor, a dor no TP, o relaxamento e o conforto da parturiente durante o TP, bem como o referencial teórico que guiou o meu percurso e fundamentou o desenvolvimento de competências especializadas ao longo do ER.

1.1. Trabalho de parto

O trabalho de parto é o processo pelo qual o corpo da mulher se prepara para parir, culminando no nascimento do RN. Este processo envolve uma série de mudanças fisiológicas, como contrações uterinas, dilatação do colo do útero e o avanço do feto através do canal de parto. Este processo é desencadeado por ação da hormona ocitocina, que promove as contrações uterinas. Segundo Fatia & Tinoco (2016), o TP é um conjunto de fenómenos fisiológicos, que uma vez induzidos ou espontâneos conduzem à extinção cervical, à dilatação do colo uterino, à progressão fetal no canal de parto e à sua expulsão para o exterior. O TP é constituído por quatro estádios, de características, tempos e mecanismos específicos, que variam de mulher para mulher (Lowdermilk, 2008; Fatia & Tinoco, 2016).

O primeiro estágio – Dilatação, ocorre desde o início das contrações uterinas regulares e até à dilatação completa do colo uterino. Friedman dividiu o primeiro estágio em duas fases: a fase latente, que corresponde ao momento em que o colo do útero está completamente apagado e com cerca de 3 cm de dilatação, com contrações regulares, sendo uma fase de progressão lenta; e a fase ativa, na qual se verifica uma dilatação mais rápida até ser atingida a dilatação completa (10 cm), á um aumento da velocidade de descida da apresentação fetal e do ritmo das contrações uterinas (Machado & Graça, 2017). O segundo estágio - Período Expulsivo, inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto (Machado & Graça, 2017). O terceiro estágio – Dequitação, inicia-se com a expulsão fetal e termina com a expulsão da placenta e das membranas ovulares. As contrações uterinas que se sucedem após o nascimento e a diminuição súbita do volume do útero provocam o descolamento da placenta da parede

uterina (Machado & Graça, 2017). O quarto estágio – O Puerpério Imediato, corresponde às duas horas após o parto, período no qual os processos hemostáticos são fundamentais (Fatia & Tinoco, 2016).

1.2. A dor no trabalho de parto

A dor é uma experiência individual subjetiva e multidimensional, condicionada por fatores fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais que intervêm e contribuem para a sua subjetividade. A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (IASP, 1979).

Segundo a DGS (2008) a dor é um fenômeno fisiológico de importância fundamental para a integridade física do indivíduo. O sistema nociceptivo é constituído por estruturas nervosas que têm como função principal a detecção de estímulos lesivos ou potencialmente lesivos, por forma a desencadear as respostas reflexas e/ou cognitivas destinadas a evitar o aparecimento de lesões, ou a prevenir o seu agravamento e a contribuir para a sua cura.

A dor constitui-se como 5º sinal vital de acordo com a norma N° 09 da DGS (2008) e deve ser avaliada e considerada conjuntamente com a tensão arterial, frequência cardíaca e temperatura, através da utilização das escalas de avaliação (Escala Visual Analógica, Escala Numérica da Dor, Escala Qualitativa e Escala de Faces) mencionadas na norma e que devem ser aplicadas de acordo com a capacidade de compreensão e expressão da pessoa que está a ser avaliada.

A dor do TP constitui um tipo específico de dor, que se manifesta durante o processo de nascimento. Esta dor é provocada principalmente pelas contrações uterinas, pela dilatação do colo do útero e pelo progresso do feto através do canal de parto. A dor do TP é caracterizada como intensa, rítmica e localizada nas regiões abdominal, lombar e/ou pélvica. Frequentemente, esta dor é acompanhada por uma componente emocional e psicológica significativa, influenciada por fatores como o medo, a ansiedade e as expectativas da mulher em relação ao parto. A dor do trabalho de parto, apesar de ser um processo fisiológico, quando intensa e persistente, provoca respostas neuro-

endócrinas, metabólicas e inflamatórias prejudiciais ao bem-estar materno-fetal (Aveiro & Velosa, 2020).

1.3. Gestão da dor durante o trabalho de parto

O EEESMO desempenha um papel crucial na gestão da dor durante o TP, de acordo OMS (2018), ICM (2019) e a OE (2022), consideram que a gestão da dor é um forte indicador da qualidade dos cuidados intraparto e por esse motivo, a sua avaliação constante, registo e monitorização tornam-se fundamentais à prática de cuidados.

O alívio da dor durante o TP, implica que o EEESMO faça uma avaliação contínua da dor manifestada pela parturiente, utilizando a escala da dor mais apropriada e considerando tanto os aspetos físicos, como os emocionais da dor; o planeamento de intervenções não farmacológicas e farmacológicas associadas á situação; promove orientação e suporte emocional, informando e orientando a parturiente sobre o processo de TP e as opções de alívio da dor, proporcionando suporte emocional contínuo de forma a reduzir a ansiedade e a perceção da dor; concebe, planeia, implementa e avalia intervenções que promovam o conforto da parturiente, são estas competências inerentes à prática autónoma de cuidados do EEESMO. É também da sua competência, colaborar com outros profissionais na implementação de medidas de prevenção e controlo da dor (Regulamento n. °391/2019).

Os autores Kolcaba (2003) e Lança (2017) destacam a importância dos fatores ambientais no TP, sublinhando que o ambiente que rodeia a grávida tem um impacto direto na sua experiência de parto. O conceito de ambiente, abrange tanto o ambiente físico (como instalações, luminosidade, som ambiente e temperatura) quanto o comportamento da equipa de saúde. É essencial criar um ambiente acolhedor para a mulher e o casal ou pessoa significativa, respondendo às suas necessidades, dúvidas, respeitando a sua privacidade, valorizando as suas escolhas e implementando intervenções que promovam o seu conforto holístico.

O conforto é um estado de alívio, tranquilidade e bem-estar, que pode ser alcançado quando as necessidades físicas, emocionais, psicoespirituais e ambientais de um indivíduo são satisfeitas. Na enfermagem, o conforto é considerado um objetivo

central do cuidado, uma vez que contribui para o processo de cura e para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes (Kolcaba, 2003).

De acordo com a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba (2003) o conforto pode ser classificado em três tipos: alívio (quando as necessidades são atendidas), tranquilidade (um estado de calma ou satisfação) e transcendência (quando o indivíduo consegue superar os desafios).

O relaxamento durante o TP é fundamental para ajudar a reduzir a tensão muscular, libertar endorfinas e tornar o processo mais tolerável. Durante o TP, o relaxamento é particularmente importante, pois pode ajudar a reduzir a percepção da dor, aumentar a oxigenação, melhorar o fluxo sanguíneo e facilitar o processo de parto, contribuindo para uma experiência mais positiva para a mulher. Segundo Klein & Gouveia (2022), os métodos não farmacológicos mais citados para o alívio da dor no TP e seus benefícios são: hidroterapia: a pressão da água quente nos tecidos (da região lombar, abdominal e pélvica) é eficaz no alívio da dor e do stress. Deve ser iniciado após 3 cm de dilatação para não prolongar o TP; massagem: a massagem é eficaz no alívio da ansiedade, dor e do stress, sendo mais eficiente quando utilizada no início da fase latente; aromaterapia: a aromaterapia ajuda a diminuir a ansiedade e o medo durante o trabalho de parto; musicoterapia: ouvir música relaxante ou que a mulher considere relaxante pode ajudar a criar um ambiente agradável e reduzir o stress e a ansiedade; deambulação: caminhar durante o TP pode ajudar a aliviar a dor e acelerar o processo; respiração e relaxamento: técnicas de respiração e relaxamento são eficazes para aliviar a dor e promover o bem-estar físico e emocional; bola suíça: o uso da bola suíça pode ajudar a aliviar a dor e facilitar a posição do feto; TENS: a estimulação elétrica é utilizada para aliviar a dor durante o TP; crioterapia: a aplicação de frio pode ajudar a aliviar a dor em algumas mulheres.

1.4. Experiência de *snoezelen* no trabalho de parto

A estimulação multissensorial é uma abordagem terapêutica que visa estimular os sentidos primários, como a visão, audição, paladar, tato e olfato, utilizando efeitos luminosos, superfícies táteis, aromaterapia, entre outros. Esta técnica tem mostrado efeitos positivos na melhoria dos sintomas depressivos, na autoestima e no bem-estar

dos pacientes (Torres, 2008). Segundo Costa (2019) a terapia multissensorial de *Snoezelen* consiste na criação de um ambiente terapêutico, que concilia o lazer e relaxamento a experiências sensoriais agradáveis. O sistema sensorial é responsável pela captação das informações do ambiente e pela sustentação destas experiências cognitivas. As informações captadas são fundamentalmente de natureza multissensorial.

O conceito de *Snoezelen* apareceu na década de 70 do século XX, no Instituto de Hartenberg – Holanda, através de dois terapeutas Jan Hulsegge (musicoterapeuta) e Ad Verheul (ergoterapeuta), porque as atividades ocupacionais e de lazer não respondiam às necessidades e aos interesses pessoais de utentes portadores de deficiência profunda. Desenvolveram atividades com materiais adequados: móveis, objetos musicais, colunas de bolhas, instrumentos de massagem e tecidos coloridos com efeitos táteis, visuais, etc. – estimulação multissensorial, que colmatava em sensações de prazer e relaxamento.

Snuffelen (cheirar) + **Doezelen** (tornar-se leve ou relaxar)

O *Snoezelen* pratica-se numa sala especialmente desenhada para o efeito e com material técnico próprio. Segundo Kwok, (2003) este tipo de intervenção tem como objetivos: promover o relaxamento e o conforto; desenvolver a confiança em si próprio; potenciar o autocontrolo, incentivar a exploração e desenvolvimento de capacidades criativas; estabelecer uma boa comunicação com a equipa que conduz a sessão; proporcionar sensação de bem-estar, promover a oportunidade de escolha, aumentar o nível de concentração, e reduzir alterações de conduta.

De acordo com Relvas et al., (2020) e Ferreira (2020) existem alguns estudos que indicam que a estimulação multissensorial pela estratégia de *Snoezelen* podem ajudar a reduzir a perceção da dor e a ansiedade durante o TP, promovendo uma experiência de parto mais positiva para a parturiente. A utilização de estratégias não farmacológicas, como o *Snoezelen*, é valorizada por proporcionar uma melhor compreensão do controlo e bem-estar á mulher durante o parto.

Uma sala *Snoezelen* inserida num bloco/sala de partos é um ambiente multissensorial projetado para proporcionar conforto e relaxamento às parturientes

durante o TP. Este tipo de sala utiliza uma combinação de estímulos sensoriais, como luzes, sons, texturas e aromas, para criar um ambiente calmo e acolhedor.

Aqui, estão alguns elementos típicos de uma sala *Snoezelen* em um bloco de partos:

Elementos Táteis: fibras óticas, diferentes texturas e temperaturas para estimular o sentido do tato, a hidroterapia; elementos vibratórios: colchões vibratórios, massajadores e colunas de som para proporcionar relaxamento muscular; elementos Visuais: colunas de água, projetores de luz e efeitos luminosos para criar um ambiente visualmente agradável; elementos auditivos: músicas adequadas ao gosto da parturiente, sons com frequências específicas e voz para promover a calma; elementos olfativos: aromaterapia, cremes aromáticos e massagens para estimular o olfato e proporcionar uma sensação de bem-estar.

O objetivo principal de uma sala *Snoezelen* é eliminar o máximo possível o aspecto de ambiente hospitalar, transmitindo às famílias confiança e serenidade durante o TP. Este tipo de ambiente pode ajudar a reduzir a percepção da dor e a ansiedade, promovendo uma experiência mais positiva para a parturiente (Zensenses, 2022).

1.5. Teoria do conforto de Katherine Kolcaba no cuidar do EEESMO

Na prática do cuidar é importante haver a presença de um referencial teórico que englobe conceitos, valores e crenças de modo a enquadrar a nossa concepção de cuidar em enfermagem, tendo em conta conceitos básicos como a Pessoa, o Ambiente, a Saúde e a Enfermagem, é neste sentido que optei por mobilizar o referencial teórico de Katharine Kolcaba (2003), mobilizando a sua teoria de médio alcance do Conforto de forma a dar suporte ao meu projeto de estudo e de melhor compreender o cuidado de enfermagem especializado de forma a perspetivar a vivência individual do TP.

O conforto segundo a teoria de Katharine Kolcaba (2003), é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência. O **alívio** é o estado que surge quando o indivíduo encontra aquele conforto específico que precisa; a **tranquilidade** é o estado de contentamento, satisfação e calma; a **transcendência** é a capacidade que o indivíduo tem em controlar o seu destino e solucionar os seus problemas.

Segundo Kolcaba (2003), o desenvolvimento destes três estados de conforto dá-se em quatro contextos de experiência tendo em conta uma visão holística do indivíduo, definindo que o **conforto físico** se relaciona com os fatores que afetam o estado físico do indivíduo, tais como o repouso e o relaxamento, pelo que a dor é tida como o seu maior desestabilizador; o **conforto psicoespiritual** enquanto combinação das componentes espirituais, mentais e emocionais do indivíduo, não relacionado com a transcendência por si só, tendo evoluído para tudo aquilo que dá sentido à vida do indivíduo e implica autoestima, autoconceito, sexualidade e a relação com uma ordem ou ser superior, não estando relacionado com a religiosidade; o **conforto ambiental** relaciona-se com o conforto externo, condições e influências que podem ser manipuladas para melhorar o conforto e a função dos indivíduos como a cor, barulho, luz, ambiente, temperatura, vista das janelas, acesso à natureza e ao artificial; e o **conforto sociocultural** está relacionado com as relações interpessoais, família e relações sociais (finanças, ensino, profissionais de saúde, etc.) assim como as tradições familiares, rituais e crenças religiosas. Como aludido anteriormente, a dor no TP está associada a fenómenos fisiológicos que não se dissociam dos fatores psicológicos, culturais e ambientais, influenciando diretamente a sensibilidade da parturiente à dor e consequentemente, à vivência do conforto/desconforto do seu TP.

A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba pode ser aplicada aos cuidados à mulher em TP, destacando as competências inerentes ao EEESMO. Durante o TP, a aplicação da Teoria do Conforto pode ser empregue nas seguintes dimensões:

Conforto Físico: alívio da dor através de técnicas não farmacológicas, como massagens, a hidroterapia e posições confortáveis. **Conforto Psicoespiritual:** prestação de apoio emocional e psicológico, ajudará a mulher a lidar com os seus medos e com a ansiedade, promovendo um ambiente tranquilo, relaxante e seguro. **Conforto Ambiental:** criação de um ambiente acolhedor e seguro na SP, com iluminação adequada, temperatura confortável e privacidade. **Conforto Sociocultural:** respeitar as preferências culturais e pessoais da mulher, incluindo a presença da pessoa significativa durante o TP.

2. Metodologia e Processos de Trabalho

O presente relatório visa a obtenção do Grau de Mestre através do desenvolvimento de atividades de investigação prática, e orientada para o desenvolvimento profissional (Decreto-Lei n.º 65/2018 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2018). A aquisição de competências de Enfermeiro Especialista, mediante o desenvolvimento de uma prática clínica especializada baseada em evidência científica, pressupõe a investigação, interpretação, organização e divulgação de resultados provenientes da evidência, contribuindo assim para o avanço da enfermagem (OE, 2019b).

A PBE envolve a revisão, a análise e a tradução das evidências científicas mais recentes. O objetivo é incorporar rapidamente a melhor pesquisa disponível, juntamente com a experiência clínica e as preferências dos pacientes, na prática clínica, para que os profissionais de saúde possam tomar decisões informadas sobre o cuidado dos pacientes (Dang et al., 2022).

Após o enquadramento teórico da temática abordada no capítulo anterior, o presente capítulo apresenta de forma detalhada o percurso metodológico seguido. Inicialmente, foram realizadas duas SR como metodologia, devidamente estruturadas com base nas recomendações do JBI (Peters et al., 2020). Na etapa subsequente, e integrando os resultados obtidos na fase anterior, procedeu-se ao desenvolvimento de um estudo exploratório, de caráter descritivo e natureza qualitativa. Serão ainda apresentadas reflexões acerca das considerações éticas associadas ao processo desenvolvido.

2.1. Investigação secundária: scoping review

Neste subcapítulo, abordo a SR que possibilitou o mapeamento da evidência científica relacionada com a temática em estudo. Inicialmente, foi realizada uma primeira SR intitulada “Estratégias multissensoriais para uma experiência de gravidez, parto e pós-parto positiva”, com o objetivo de identificar as estratégias sensoriais mais utilizadas nas três fases referidas.

Uma SR é um tipo de síntese de evidências que visa identificar e mapear sistematicamente a amplitude das evidências disponíveis sobre um determinado

tópico, campo, conceito ou questões, muitas vezes, independentemente da fonte (por exemplo, pesquisa primária, revisões, evidências não empíricas) dentro ou através de contextos específicos (Peters et al., 2020). Esta SR seguiu rigorosamente as diretrizes estabelecidas no *"The Joanna Briggs Institute Manual for Evidence Synthesis 2020"* (Aromataris, E., & Munn, Z. 2020), seguindo especificamente as novas etapas recomendadas para SR (Peters et al., 2020) e revista na 3ª edição de 2024.

Considerando que, no âmbito das suas competências e funções, o EEESMO é responsável por cuidar a mulher durante o TP, assegurando um ambiente seguro e promovendo uma experiência positiva de parto (OE, 2021), emergiu assim a necessidade de realizar uma segunda SR para compreender como a experiência *Snoezelen* pode contribuir para o relaxamento e o conforto da parturiente durante o TP.

Na formulação da questão de investigação foi usada a mnemónica "PCC" - População, Conceito e Contexto, segundo as recomendações do JBI (2020) para as SR: **"Como é que a experiência de *Snoezelen* pode contribuir para o relaxamento e conforto da parturiente durante o TP?"**. **População(P)**: Parturientes; **Conceito (C)**: *Snoezelen*; Relaxamento, Conforto, Trabalho de parto; **Contexto (C)**: Não aplicado. O objetivo desta SR é mapear a evidência disponível sobre como a experiência de *Snoezelen* contribui para o relaxamento e conforto da parturiente durante o TP.

Os critérios de inclusão definidos para esta SR, foram:

Tipos de Estudos - Foram incluídos todos os estudos qualitativos, quantitativos, de opinião (textos) e revisões da literatura que contemplam informação sobre a utilização da estratégia de *snoezelen* durante o TP. Independentemente da metodologia utilizada na realização dos mesmos. **Limitadores de pesquisa** - Foram considerados os estudos com o friso cronológico entre 2015 e 2024, e que possuísem texto integral. **Línguas** - portuguesa, inglesa e espanhola.

O processo de extração e análise de dados foi realizado por dois revisores independentes. Os estudos encontrados foram importados para o software de gestão de referências Mendeley. A seleção foi realizada a partir da leitura dos títulos, resumos e posteriormente, a leitura completa dos artigos selecionados. Com base na estratégia de pesquisa, foram obtidos 8458 artigos das bases de dados CINAHL Ultimate (n= 223), MEDLINE Ultimate (n= 8223) e *Cochrane Database of Systematic Reviews* (n= 12). Após a

aplicação de todos os critérios de triagem e elegibilidade, foram excluídos 8420 artigos, resultando em 3 artigos incluídos para análise completa, aos quais foram adicionados mais 3 artigos relevantes para o estudo extraídos da literatura cinzenta. O fluxograma das diferentes fases da revisão foi elaborado através do PRISMA Flow Diagram, de acordo com as recomendações do JBI (Peters et al., 2024). A SR foi elaborada sob a forma de artigo e está disponível no apêndice I.

2.2. Investigação primária: experiência de *snoezelen* no trabalho de parto: contributos do enfermeiro obstetra

A realização da SR permitiu identificar uma lacuna na evidência disponível sobre as experiências multissensorial durante o TP. Esta identificação foi o ponto de partida para o desenvolvimento do presente estudo empírico, que decorreu entre abril e julho de 2024.

A enfermagem enquanto ciência, procura estudar constantemente os fenómenos abarcados pelo domínio dos cuidados de enfermagem com o objetivo de produzir novo conhecimento relativo à pessoa, ao seu meio ambiente, à saúde, ao cuidado de enfermagem e às relações entre todos (Fortin, 2009).

O desenvolvimento das ciências e tecnologias da saúde exigem a aquisição de novos conhecimentos, atitudes, condutas e novas formas de pensar e agir, de forma a melhorar a prática de cuidados em enfermagem, o que implica uma procura de atualização de conhecimentos, para que a melhoria dos cuidados seja sustentada pela evidência científica, ou seja, uma PBE. Segundo Coutinho (2021), a investigação científica é definida como um processo sistemático e rigoroso de colheita, análise e interpretação de dados com o objetivo de responder a perguntas específicas ou resolver problemas. Este processo envolve a formulação de hipóteses, a utilização de métodos apropriados para a colheita de dados, a análise crítica dos resultados e a disseminação das conclusões de forma transparente e replicável.

No que diz respeito às competências comuns do enfermeiro especialista descritas no Regulamento nº 140/2019 da OE (2019), o mesmo também faz referência à importância da investigação em enfermagem, o enfermeiro especialista deve possuir domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais e desta forma

desenvolver o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

2.2.1. Tipo de estudo, objetivos e questão de investigação

Considerando os achados essenciais desta SR, optou-se pela conceção de um estudo exploratório, de carácter descritivo e natureza qualitativa, que será utilizado na apresentação e discussão dos resultados obtidos na segunda fase da investigação.

Segundo os autores Gonçalves, et al. (2021), a investigação qualitativa é um método essencial na produção de conhecimento, que implica o envolvimento de elementos multidisciplinares com recurso a diversos métodos de obtenção de dados, a respetiva análise e a subsequente apresentação dos resultados à comunidade científica. Este método é pensado para apoiar todo o processo de investigação qualitativa, desde a sua conceção à escrita, e encontra-se organizado em quatro partes principais.

De acordo com Fortin et al. (2009), a formulação da questão de investigação deve ser fundamentada numa revisão bibliográfica prévia, a qual permite identificar o conhecimento já existente e que sustente a questão. Em alternativa, essa revisão pode revelar lacunas no conhecimento, destacando a necessidade de explorar a temática sob uma nova perspetiva. Tendo em conta as lacunas identificadas na primeira SR á acerca das estratégias multissensoriais relacionadas com uma experiência positiva de parto, ficou evidente a inexistência de estudos/artigos que combinem as várias estratégias sensoriais, tornando o cuidado numa estratégia multissensorial, mais ampla e sugestiva para a grávida, parturiente e puérpera. Em Portugal não existem estudos que demonstrem os benefícios da combinação de estratégias sensoriais, de modo a proporcionar à grávida, parturiente e puérpera uma experiência multissensorial plena.

O objetivo deste estudo é descrever a experiência de Snoezelen das parturientes durante o trabalho de parto (TP). Assim, para este estudo, formulou-se a seguinte questão de investigação: **“De que forma a experiência de Snoezelen pode contribuir para o relaxamento e conforto da parturiente durante o processo de trabalho de parto?”**

2.2.2. Participantes

Gonçalves et al. (2021) caracterizam os participantes como indivíduos que fornecem dados para a pesquisa por meio da sua participação ativa em entrevistas, observações ou outras formas de colheita de dados qualitativos. A participação destes indivíduos é fundamental para a produção de conhecimento, pois permite a obtenção de informações detalhadas e contextuais que são analisadas e apresentadas à comunidade científica. Neste estudo, as participantes eram grávidas que experimentaram a experiência de *snoezelen* durante o TP. As participantes foram selecionadas de modo intencional, sendo estabelecidos como critérios de participação a fluência em língua portuguesa, a indicação para parto vaginal e a ausência de critérios clínicos que impossibilitem a experiência de *snoezelen*. Neste estudo participaram cinco parturientes em fase latente do TP, a idade média das participantes foi de 30,6 anos, com um mínimo de 23 anos e um máximo de 44 anos, e com um desvio padrão de 7,43. Quanto ao nível de escolaridade, 100% das parturientes possuíam o ensino secundário. Em relação à nacionalidade das participantes, três eram portuguesas e duas santomenses. No que diz respeito à paridade das participantes, quatro eram nulíparas e apenas uma era múltipara.

2.2.3. Instrumentos de colheita de dados

Os instrumentos de colheita de dados são ferramentas essenciais no processo de pesquisa, pois permitem a obtenção, levantamento e tratamento de informações necessárias para a análise e divulgação dos resultados. Segundo Gonçalves et al. (2021), um instrumento de colheita de dados é definido como um conjunto de métodos e técnicas utilizadas para reunir informações de forma organizada e sistemática, com o objetivo de responder às perguntas de pesquisa e alcançar os objetivos estabelecidos. Para cada tipo de pesquisa, é recomendado um instrumento de colheita diferente, que pode incluir questionários, entrevistas, observações diretas, registos institucionais e grupos focais. A escolha do instrumento adequado, depende das necessidades específicas da pesquisa e das características do público-alvo (Gonçalves et al., 2021).

Os instrumentos de recolha de dados utilizados no presente estudo, incluíram uma grelha de observação desenvolvida especificamente para a experiência de *Snoezelen*

vivenciada pelas participantes, com o propósito de analisar a interação das grávidas com o ambiente. A observação participante é uma técnica valiosa para a pesquisa qualitativa, proporcionando uma visão detalhada e contextualizada dos fenômenos estudados. O investigador participa de forma ativa na recolha de dados, o que permite uma imersão profunda no ambiente e uma melhor compreensão das dinâmicas sociais e culturais (Mónico & Cols, 2017). Esta grelha de observação (apêndice II) contém informações sobre o objetivo da experiência, área de intervenção, as atividades desenvolvidas, o material utilizado, avaliação da dor e da dilatação cervical antes e após a experiência, informações relativas à comunicação da participante e notas sobre o que foi observado. Outra técnica de recolha de dados empregue foi a entrevista às participantes que usufruíram da experiência de *Snoezelen*. Tratou-se de uma entrevista semiestruturada, as parturientes receberam previamente um convite para a entrevista, momento no qual eram explicados os motivos e os objetivos da entrevista. A entrevista é uma técnica de recolha de dados que envolve a interação direta entre o entrevistador e o entrevistado, com o objetivo de obter informações detalhadas e aprofundadas sobre um determinado tema ou questão. Esta técnica é amplamente utilizada em investigação qualitativa para explorar percepções, experiências e opiniões dos participantes (Gonçalves et al, 2021). Para a realização das entrevistas formulou-se um guião de entrevista (apêndice III) com as etapas da realização da entrevista, os objetivos, a recolha de dados de caracterização (sociodemográficos, dados obstétricos da atual gravidez), questionário prévio à entrevista e as questões inerentes ao tema de estudo.

2.2.4. Tratamento e análise de dados

Segundo Gonçalves et al. (2021) a análise de dados em investigação qualitativa é descrita como um processo que procura dar sentido à experiência humana, reduzindo, identificando padrões e dando sentido a grandes quantidades de informação, muitas vezes de fontes diferentes. Estas etapas incluem compreender, sintetizar, teorizar e categorizar os dados recolhidos. O objetivo é transformar os dados brutos em informações significativas que possam ser interpretadas e utilizadas para responder às questões de investigação (Gonçalves et al.,2021).

Os dados foram tratados de acordo com os princípios estabelecidos por Bardin (2016) para a análise de conteúdo. Segundo o autor, a análise de conteúdo segue um processo organizado, passando por várias etapas distintas (Bardin, 2016).

A análise de conteúdo é um procedimento metódico que segue várias etapas. A **primeira etapa**, é denominada de **pré-análise**, que envolve a organização inicial, permitindo a sistematização das ideias para orientar um esquema preciso, essencial para as fases subsequentes. A **segunda etapa**, intitula-se por **exploração do material**, inclui a seleção das unidades de registo, codificação e categorização. A **terceira** e última etapa é dedicada ao **tratamento e interpretação dos dados**, onde o investigador atribui significado aos dados obtidos (Bardin, 2016).

Durante a etapa de pré-análise, as entrevistas foram transcritas na íntegra, seguidas de leituras flutuante. Na fase de exploração do material, foram tomadas decisões sobre a codificação das participantes tanto nas entrevistas como nas grelhas de observação, e as unidades de registo foram agrupadas imparcialmente por significados semelhantes.

A categorização é um método estruturalista que visa isolar e organizar elementos, com o propósito de estabelecer um nível de ordenação específico. Este processo foi realizado posteriormente, a partir da análise textual, e envolveu a definição de dimensões, que resultaram na formação de quatro categorias e quinze subcategorias da análise de conteúdo das entrevistas. Adicionalmente, na análise das grelhas de observação, emergiram duas categorias e oito subcategorias, todas organizadas conforme o significado, o sentido próximo e a relevância para os objetivos propostos.

2.3. Desenvolvimento de competências clínicas

O conhecimento adquirido por meio da investigação científica tem desempenhado um papel crucial no desenvolvimento da PBE, contribuindo diretamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Na conjunção do desenvolvimento de competências clínicas, estas estão organizadas em áreas-chave, como técnicas e procedimentos, avaliação e diagnóstico, comunicação e apoio emocional, tomada de decisão e reflexão crítica. A consolidação de competências nesta

especialidade capacita o EEESMO para atuar com excelência, além de fortalecer a PBE e a reflexão crítica. Este processo ocorreu, essencialmente, por meio da prática clínica supervisionada, a qual possibilitou o desenvolvimento de competências indispensáveis à prestação de cuidados seguros e eficazes à saúde da mulher e da família. Estas competências foram desenvolvidas em diversos contextos clínicos, como o SMMF, Ginecologia, Puerpério, CSP e SP. Nestes EC, tive a oportunidade de aprimorar as minhas competências clínicas através de múltiplas estratégias formativas, como as práticas simuladas proporcionadas pela UC, a partilha de experiências com colegas de mestrado, a orientação tutorial, a realização de reflexões críticas sobre as atividades desenvolvidas em cada EC e as discussões sobre a temática realizadas nos contextos clínicos.

Estas metodologias pedagógicas não só promoveram uma autorreflexão consistente sobre a minha prática, mas também me permitiram identificar pontos fortes e áreas a melhorar, essenciais para o aperfeiçoamento contínuo das minhas competências. As integrações destas experiências formativas, revelaram-se determinante para o desenvolvimento de uma prática clínica fundamentada na evidência e orientada para a excelência no cuidado à mulher, ao recém-nascido e à família.

2.4. Outras atividades implementadas para a consecução dos objetivos

A capacidade dos enfermeiros de produzir e disseminar novo conhecimento tem impulsionado o progresso da enfermagem (OE, 2020b). Uma das práticas que favorecem uma experiência de parto positiva é a promoção da investigação sobre práticas clínicas que apoiem a fisiologia da gravidez, do trabalho de parto e do parto (OE 2012). Conforme o Regulamento n.º 140/2019, faz parte das competências do Enfermeiro Especialista assumir o papel de facilitador de aprendizagens para os seus pares. Com o objetivo de divulgar os resultados obtidos na SR e reflexão dos EEESMO para a importância desta temática, foi elaborado e apresentado um poster intitulado “Estratégias multissensoriais para uma experiência de gravidez, parto e pós-parto positiva: Revisão Scoping”, o qual foi oferecido e afixado na sala de experiências positivas do contexto de Medicina Materno-Fetal (apêndice IV). Nos contextos clínicos de CSP e Puerpério, foi realizada uma sessão

de apresentação em PowerPoint da SR para toda a equipa multidisciplinar do CSP e para a equipa de enfermagem do contexto de Puerpério (apêndice V). O poster da SR também foi divulgado no 3.º Encontro do EEESMO (apêndice VI).

Ainda, conforme o domínio de desenvolvimento das aprendizagens profissionais referido no regulamento acima mencionado, realizei uma formação de 5 horas em Abordagem Snoezelen para Profissionais (anexo I), com o intuito de aprofundar o meu conhecimento sobre a temática em estudo.

2.5. Considerações éticas

Em investigação, as questões éticas desempenham um papel fundamental na avaliação dos benefícios tanto para os indivíduos quanto para a sociedade. Delimitam os direitos e os deveres estabelecidos no processo de investigação, em todas as suas etapas (Vilelas, 2020). No decorrer das diversas etapas desta investigação, seguiram-se os pressupostos consignados no Código Deontológico do Enfermeiro (2005), princípio da autonomia, o princípio da beneficência e da justiça, salvaguardando e garantindo o direito de confidencialidade e o anonimato, intimidade e privacidade e proteção de dados. Neste propósito, as participantes foram informadas sobre os riscos e benefícios do estudo, garantindo o seu anonimato, um tratamento justo e a ausência de danos.

Todas as participantes no estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente à sua participação. Foi destacado que poderiam desistir do estudo a qualquer momento, sem sofrerem qualquer consequência ou precisarem dar explicações. Também foi reforçado que a colheita de dados seria confidencial, com todos os dados codificados e usados exclusivamente para análise de dados. As gravações ficaram sob a guarda da investigadora principal e serão destruídas após a conclusão desta fase académica. Salvaguardando, assim, a participação voluntária e informada das participantes. Para a realização do estudo de investigação e com o objetivo de salvaguardar os princípios anteriormente referidos, foi obtida autorização da comissão de ética da instituição onde o estudo empírico foi conduzido. Este pedido recebeu parecer favorável da referida comissão — Parecer n.º 1488/2024, emitido em 24 de abril de 2024 (anexo II).

O enfermeiro deve atuar em conformidade com os princípios éticos e deontológicos estabelecidos pelo Código Deontológico e pelas normas legais do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (OE, 2015). O Regulamento n.º 140/2019 reforça que o enfermeiro especialista deve assegurar uma prática profissional ética e legal, orientada por normas de segurança e responsabilidade. Assim, durante o ER, procurei agir de forma ética e responsável, promovendo o bem-estar e a segurança da mulher, do casal e do RN, assumindo plena responsabilidade pelos cuidados prestados. A minha prática foi pautada pelo respeito à autonomia das mulheres, assegurando-lhes o direito de fazer escolhas informadas, incluindo a obtenção do consentimento informado antes de qualquer intervenção. Preocupei-me em oferecer cuidados de qualidade, baseando-me na evidência científica atual, respeitando sempre as preferências individuais e a privacidade de cada mulher.

3. Apresentação e Discussão de Resultados

Neste capítulo, serão apresentados os achados do estudo primário, que foram discutidos e confrontados com os resultados obtidos na segunda SR. Na parte final deste capítulo, será realizada uma análise reflexiva sobre as experiências e atividades desenvolvidas nos diversos contextos de prática clínica, as quais contribuíram para o desenvolvimento das competências do EEESMO.

3.1. Experiência de *snoezelen* no trabalho de parto: scoping review

Na pesquisa inicial realizada nas bases de dados obtive 8458 artigos, que após aplicados os critérios inclusão/exclusão foram incluídos 3 artigos para análise. Os estudos compreendidos foram publicados no período entre 2015 e 2020, e conduzidos no Irão (n=2) e na Dinamarca (n=1). A análise dos artigos, revelaram um consenso quanto ao impacto significativo da experiência de *Snoezelen* no TP, destacando o seu contributo para o relaxamento e conforto das parturientes. Este ambiente tem sido associado à promoção de uma experiência de parto mais positiva, evidenciando benefícios tanto no bem-estar físico como emocional das mulheres durante este processo. De acordo com os estudos analisados, esta estratégia promove a redução da percepção da dor, diminui os níveis de stress e ansiedade e melhora a concentração da grávida, facilitando o processo fisiológico do TP (Momeni et al., 2020). A experiência de *Snoezelen*, através da estimulação com luzes suaves, sons relaxantes e texturas agradáveis, atua na tranquilização do sistema nervoso, diminuindo os níveis de cortisol e promovendo uma sensação de bem-estar, com consequente redução da percepção da dor (Momeni et al., 2020; Nielsen & Overgaard, 2020). A distração sensorial, proporcionada pelos estímulos positivos do ambiente, auxilia no desvio do foco da parturiente em relação à dor, favorecendo métodos de alívio não farmacológicos e reduzindo a necessidade de intervenções como a analgesia epidural (Lorentzena et al., 2021). Outro mecanismo relevante diz respeito à estimulação da produção de endorfinas, analgésicos naturais que contribuem para o alívio da dor e do conforto emocional.

3.2. Estudo primário - experiência de *snoezelen* no trabalho de parto: contributos do enfermeiro obstetra

Neste estudo participaram cinco mulheres, às quais as identidades foram codificadas como **PE1**, **PE2**, **PE3**, **PE4** e **PE5**, na descrição das entrevistas. Da análise de conteúdo das entrevistas surgiram duas dimensões, que se dividem em quatro categorias e treze subcategorias, apresentadas nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1- Entrevistas - Categorização da dimensão "Estratégias para o alívio da dor durante o TP"

Categorias	Subcategorias
Alternativas para o alívio da dor	• Bola Suíça • Paracetamol • Epidural • Não pensou no assunto
Conhecimento sobre estimulação sensorial	• Aromaterapia • Cromoterapia • Hidroterapia • Musicoterapia

Tabela 2 – Entrevistas - Categorização da dimensão "Satisfação com a aplicação da estratégia multissensorial"

Categorias	Subcategorias
Experiência de <i>Snoezelen</i>	• Conhecimento sobre a Sala <i>Snoezelen</i> • Sensações da experiência de <i>Snoezelen</i>
Aspetos negativos da experiência	• Tempo • Método farmacológico • Dilatação do colo • Dor • Sem aspetos negativos

Para a codificação das participantes nas grelhas de observação, foram utilizadas as designações **01**, **02**, **03**, **04** e **05**. Todas as participantes vivenciaram a experiência de *Snoezelen* durante a fase latente do TP. A partir da análise dos dados obtidos nas grelhas de observação referentes à experiência de *Snoezelen*, emergiram duas categorias e oito subcategorias, detalhadas nas tabelas 3 e 4.

Tabela 3 – Grelhas de observação - Categorização da dimensão “Estratégias para o alívio da dor durante o TP”

Categoria	Subcategorias
Alternativas para o alívio da dor	• Material utilizado • Atividades desenvolvidas • Nível de dor (EN) antes da experiência • Dilatação avaliada antes da experiência

Tabela 4 – Grelhas de observação - Categorização da dimensão “Satisfação com a aplicação da estratégia multissensorial”

Categoria	Subcategorias
Experiência de <i>Snoezelen</i>	• Principais dificuldades/ barreiras observadas • Principais efeitos e benefícios observados • Nível de dor (EN) após a experiência • Dilatação avaliada após a experiência

Com base no referencial teórico explorado e de acordo com os objetivos do estudo, passo agora à apresentação dos resultados. Por meio das entrevistas realizadas e da análise dos dados obtidos a partir das grelhas de observação, constatou-se uma elevada satisfação de todas as participantes com a experiência de *Snoezelen*. Este achado corrobora a evidência científica presente em três estudos incluídos na SR. De acordo com os estudos analisados na SR, a utilização da estratégia *Snoezelen* no processo de TP revela-se eficaz para a redução da dor, promovendo simultaneamente, o relaxamento e o conforto durante o TP, o que é amplamente discutido em estudos relevantes (Hauck et al., 2008; Manesh et al., 2015; Martins, 2015; Parreira, 2018; Nielsen & Overgaard, 2020; Momeni et al., 2020; Lorentzena et al., 2021).

Tanto a análise de conteúdo das entrevistas como das grelhas de observação foram efetuadas com auxílio do software webQDA® e as tabelas completas com as unidades de registo podem ser consultadas nos apêndices VIII e IX.

3.2.1. Resultados da entrevista

No que concerne à dimensão “**Estratégias para o alívio da dor durante o TP**”, na análise da categoria “**Alternativas para o alívio da dor**”, identificada em ambas as técnicas de recolha de dados, revelou que uma das participantes indicou a utilização da bola suíça como estratégia para o alívio da dor, conforme evidenciado no registo:

"(...) usar a bola de pilates." (PE4); ainda dentro desta categoria, duas participantes mencionaram que optavam pela administração de paracetamol, de acordo com os registros: *"(...) e o soro, que foi o paracetamol." (PE1); "Talvez iria tomar paracetamol, como muitas vezes faço (...)." (PE2).*

Houve ainda três participantes, que referiram que preferiram recorrer à analgesia de TP (epidural), com se observa nos registros: *"Aí, epidural (...)" (PE1); "A epidural (...)" (PE4); "A única alternativa que eu pensei, foi tomar a epidural (...)." (PE5).*

Apenas uma participante mencionou que não tinha pensado em nenhuma alternativa para o alívio da dor durante o TP, com apresentado no registro: *"Nada (...), não, não, não pensei em nada". (PE3).*

No que diz respeito à categoria **"Conhecimento sobre estimulação sensorial"** obtidas nas entrevistas, apenas uma participante possuía conhecimento sobre a estimulação sensorial, como se constata neste registro: *"Ajuda a relaxar e o processo relaxamento pode ajudar a acelerar o processo de trabalho de parto (...)" (PE4).*

As restantes participantes só tiveram conhecimento após o seu acolhimento na SP, conforme expressado pelas mesmas nos registros abaixo:

"(...) Antes não sabia, só fiquei a saber no dia que fiz com vocês". (PE2); "Pronto, fiquei a saber no dia, não é? Sim, é uma forma de ajudar nós as grávidas a relaxar e a facilitar também, e também acho que não pensar muito na parte que prontos (...)." (PE2)

"Não, não sabia. Nunca". (PE3); "Não, por acaso não, não sabia." (PE5); "Conhecimento mesmo, só na sala de partos (...)." (PE5); "Então, foste tu que me disseste, então eu quis experimentar, realmente funciona". (PE5).

Subcategoria **"Conhecimento sobre a Sala Snoezelen"**

"Não tinha (...)." (PE1); "Tive conhecimento graças a ti, acho eu. Se não, não ia saber. Tu é que me meteste lá". (PE2); "Não, não. Também não". (PE3); "Falaram no curso". (PE4), a participante referia-se ao CPPP, ministrado pelos EEESMO da SP desta instituição; *"Não, por acaso não, não sabia". (PE5); "Então, foste tu que me disseste, então eu quis experimentar, realmente funciona". (PE5).*

Na categoria **"Conhecimento sobre estimulação sensorial"**, os resultados revelaram que a maioria das participantes desconhecia a existência de métodos não farmacológicos para alívio da dor antes da sua experiência de *Snoezelen*, apenas uma

participante relatou conhecimento prévio sobre o uso de técnicas de relaxamento e controlo sensorial. A falta de conhecimento evidencia a necessidade de maior sensibilização e preparação das parturientes quanto aos métodos não farmacológicos para o alívio da dor. A introdução deste conhecimento nos CPPP e a formação dos profissionais de saúde poderiam aumentar a adesão a estratégias como a experiência de *Snoezelen*. Lorentzena et al. (2021) menciona no seu estudo que os profissionais de saúde necessitam de formação adicional para apoiar e incentivar o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor.

No que diz respeito á dimensão **“Satisfação com a aplicação da estratégia multissensorial”** emergente das entrevistas, a análise da categoria **“Experiência de *Snoezelen*”**, demonstrou que na sua generalidade foi gratificante e prazerosa para todas as participantes, embora apenas uma das participantes detinha conhecimento sobre a existência da sala *Snoezelen*, conforme os registos:

E no que se refere á subcategoria **“Sensações da experiência de *Snoezelen*”**, como anteriormente mencionado, todas as participantes consideram a experiência positiva, que promoveu o objetivo desta estratégia, o relaxamento, como podemos constatar nestes registos: *“Eu acho que é uma ótima opção (...)” (PE1); “Para tentar descontraír durante o trabalho de parto.” (PE1); “(...) as reações.” (PE1); “(...) Acho que foi mais a musicoterapia. A, eu aguento bem com os aromas”. (PE1); “(...) foi top, eu amei. Porque eu lembro-me que estava a ter contrações, mas não estava a sentir dor praticamente. E sei que quando eu saí dali e mudei para a bola, né, no final. Já estava a sentir dor, eu senti mesmo que estava mesmo relaxada. Por acaso foi muito bom”. (PE2); “Olha sinceramente. Eu tenho que falar isto, porque já tinha comentado com o meu namorado, porque é assim, visto que é um hospital público, a pessoa não está à espera né, de que vão fazer esse tipo de coisas, não digo (...)”. (PE2); “(...) disse que foi uma das melhores coisas que vocês fizeram esses anos todos aqui no na maternidade. Desculpa, não tenho nada de mal a dizer”. (PE2); “Ah, eu senti bem, muito bem, enquanto está lá com água quente eu senti muito bem, alívio”. (PE3); “Hamm... Até não me apeteceu sair de lá. Mas pronto, tinha de sair (...)” (PE3); “Foi bom, foram boas. Porque uma pessoa ali não sente, senti assim, senti aliviada, água de bem quentinha. Sente-se aliviada por acaso lá dentro”. (PE3); “O que foi, maravilhosa”. (PE4); “A Bola de pilates porque ajudava no controle da dor e o banho a seguir (...)”. (PE4); “Tranquilidade, controle*

das emoções e serenidade”. (PE4); “O snoezelen foi ótimo, adorei e volto lá se puder para ter outro bebê. Tenho de ir para aquela sala”. (PE4); “Foi boa, me ajudou a relaxar um pouco”. (PE5); “Eu acho que é tudo. É a paz. É. Eu acho bom para mim tudo, não vi. Não vi, é tudo mesmo”. (PE5); “Aquele efeito (cromoterapia). A música (...), me trouxe muitas coisas boas. Me trouxe, primeiramente me trouxe paz. É aquela coisa, eu estava muito (...)”. (PE5); “(...) mas lá me fez esquecer um pouco a dor”. (PE5).

As participantes destacaram estímulos sensoriais específicos como mais eficazes para promover o relaxamento. A hidroterapia foi apontada como a estratégia preferida, seguida pela musicoterapia e aromaterapia. A hidroterapia, em particular, foi elogiada pelo seu efeito relaxante e de alívio da dor, enquanto a musicoterapia e a aromaterapia complementaram o ambiente tranquilo e acolhedor da sala *Snoezelen*. A preferência por esses estímulos sensoriais destaca a importância de técnicas que envolvem múltiplos sentidos, como o tato, audição e olfato, para aliviar o desconforto e promover o bem-estar durante o TP. Os estudos mostram que a hidroterapia ajuda na dilatação cervical, melhora a perfusão uterina e alivia a ansiedade, estimulando a produção de endorfinas (Machado, 2024). Estes resultados também enfatizam o papel do ambiente sensorial na experiência positiva do parto, como observado por Parreira (2018), que aponta o estímulo auditivo como um dos principais responsáveis pelo relaxamento.

A presença da pessoa significativa foi considerada um fator positivo importante na experiência de *Snoezelen*. As participantes que contaram com o apoio de um acompanhante relataram uma sensação de segurança e bem-estar emocional, o que potencializou o efeito dos estímulos sensoriais. O apoio emocional durante o TP é fundamental, pois a presença de uma pessoa de confiança promove a liberação de endorfinas e dopamina, hormonas associadas ao alívio da dor e ao bem-estar (Rocha et al., 2023). Esta interação emocional alinha-se à abordagem *Snoezelen*, pois o ambiente acolhedor e relaxante favorece a diminuição dos níveis de adrenalina e cortisol, que podem inibir a progressão do TP. Manesh et al. (2015) sugere que um ambiente seguro e com suporte emocional é essencial para um parto positivo e sem interrupções, além de potencializar o relaxamento e o foco no conforto.

A redução do tempo de TP e do uso de métodos farmacológicos pode ser atribuída ao aumento da produção de endorfinas e à diminuição de tensões musculares, que

facilitam a dilatação. No entanto, a intensidade da dor e as flutuações dos níveis de adrenalina e cortisol ainda podem representar desafios para algumas parturientes, especialmente quando não há um foco prévio no controlo da dor.

Mas como qualquer experiência, pode haver aspetos negativos, neste caso a subcategoria **“Aspetos negativos da experiência”** obtida nas entrevistas, os fatores negativos mencionados pelas participantes, não estão diretamente ligados ao propósito da experiência de *Snoezelen*, mas sim, com o resultado esperado de acordo com o entendimento de cada participante. Seguidamente, podemos justificar esta afirmação, tendo em conta os seguintes registos. Uma participante mencionou a subcategoria **“Tempo”**, como aspeto negativo:

“(...) mesmo que tenha sido pouco, pouco tempo por causa das contrações que já estavam muito fortes”. “Porque é, é como se eu tivesse de estar a fazer muito ao mesmo tempo enquanto estava a sentir dores”. (PE1)

Em relação à subcategoria **“Método farmacológico”**, o facto de a participante ter de realizar analgesia de TP (epidural), foi considerado pela mesma como um aspeto negativo perante o resultado da experiência de *Snoezelen*, de acordo com o registo:

“Ter de fazer a epidural depois (...)”. (PE1); “A experiência de ter feito a epidural para mim foi um choque. Por ser uma pica nas costas, não é? Não é brincadeira.” (PE1)

Na subcategoria **“Dilatação do colo”**, uma participante referiu o facto de não ter progredido no TP, como um aspeto negativo referente à experiência de *Snoezelen*, conforme registo descrito abaixo:

“Só não ter conseguido dilatar”. (PE4)

Houve uma participante que mencionou a subcategoria **“Dor”**, como um aspeto negativo, como podemos observar no próximo registo:

“Só se for a dor mesmo, não é, é a única coisa (...)”. (PE5)

No que se refere à subcategoria **“Sem aspetos negativos”**, duas participantes não mencionaram nenhum aspeto negativo acerca da sua experiência de *Snoezelen*, como podemos constatar nos seguintes registos:

“Sinceramente nenhum. Não é? Desde o início ao fim, foi bem tratada, não tenho nada, nada a dizer de mal daqui”. (PE2); “Não. Não achei nada de lá de dentro negativo. Não”. (PE3)

Três participantes mencionaram aspetos negativos, que não estavam diretamente relacionados com a experiência de *Snoezelen* em si, mas com suas expectativas e gestão da dor durante o TP. Por exemplo, uma das participantes relatou dificuldade em se concentrar nos estímulos sensoriais devido á dor intensa e às contrações uterinas. Estas dificuldades indicam que a preparação emocional e o entendimento do processo de trabalho de parto são fundamentais para otimizar a experiência *Snoezelen*. A produção de adrenalina em situações de dor intensa pode inibir a produção de hormonas benéficas como a ocitocina, retardando a progressão do TP (Nápoles et al., 2020). Além disso, a falta de familiaridade com métodos não farmacológicos para alívio da dor pode interferir na capacidade da parturiente conectar-se totalmente com o ambiente *Snoezelen*.

Cada categoria destacou os benefícios da experiência de *Snoezelen* para o alívio da dor e promoção do conforto durante o TP. Os achados do estudo em consonância com SR reforçam a importância de integrar a experiência de *Snoezelen* e as técnicas de relaxamento sensorial no contexto do TP, e ressaltam a necessidade de uma preparação adequada para que as parturientes possam usufruir plenamente dos benefícios desta estratégia.

3.2.2. Resultados da observação

Relativamente ás grelhas de observação, a dimensão **“Estratégias para o alívio da dor durante o TP”**, após a análise da categoria **“Alternativas para o alívio da dor”**, conclui-se que no geral todas as participantes utilizaram a maioria dos materiais de estimulação sensorial existentes na sala *Snoezelen*, a escolha dos materiais, divergiram de acordo com opções de estratégias sensoriais escolhidas pelas participantes, a bola suíça não foi opção para duas participantes (**O1 e O3**), que manifestaram alguma insegurança em estarem na cabine de duche sentadas na bola. A nível das atividades desenvolvidas durante a experiência de *Snoezelen*, apenas duas participantes não usufruíram da aromaterapia, conforme descrito abaixo:

(O3) - Sala com música relaxante; momento de relaxamento no chuveiro (hidroterapia); projeção intermitente de luzes com controlo das cores pela grávida

(cromoterapia); **(05)** - Sala com música relaxante e liberdade total de movimentos; momento de relaxamento no chuveiro (hidroterapia); projeção intermitente de luzes com controlo das cores pela grávida (cromoterapia).

A **hidroterapia** foi a estratégia sensorial mais apreciada pelas participantes, seguindo-se a música relaxante, escolhida de acordo com as preferências das utentes. - Fácil adaptação á hidroterapia **(01 e 03)**; **(02)** - Fácil adaptação aos equipamentos sensoriais (musicoterapia e aromaterapia); **(04)** - Fácil adaptação aos equipamentos sensoriais; **(05)** - Fácil adaptação e satisfação com a hidroterapia.

Todas as participantes antes da experiência, manifestavam um nível de dor superior ou igual a 5 na EN, tendo havido uma diminuição considerável do nível da dor após a experiência para quatro delas, apenas uma saiu da experiência com um nível superior de dor. **(01)** – antes 8/após 9; **(02)** – antes 5/ após 2/3; **(03)** – antes 6/ após - 3; **(04 e 05)** - antes 6/ após 2.

Observou-se que a experiência de *Snoezelen* contribuiu para uma evolução positiva do TP para a maioria das participantes, reduzindo a duração do TP e o uso de métodos farmacológicos. No entanto, algumas participantes manifestaram dificuldades, como a intensificação da dor, que dificultou o aproveitamento completo dos estímulos oferecidos. Nielsen et al. (2020), referem no seu estudo que as mulheres que usufruíram do espaço *Snoezelen*, sentiram-se mais calmas e menos ansiosas, devido ao ambiente acolhedor e relaxante da sala. Segundo Hauck et al. (2008), o controlo sobre o ambiente pode reduzir o foco em relação á dor, promovendo uma maior sensação de segurança e relaxamento.

No que diz respeito á dimensão **“Satisfação com a aplicação da estratégia multissensorial”** resultante das grelhas de observação, a análise realizada á categoria **“Experiência de *Snoezelen*”** demonstra que todas as participantes apreciaram a experiência de forma positiva, embora a maioria das participantes não tivesse conhecimentos sobre estimulação sensorial. Manifestaram vontade em explorar os equipamentos sensoriais existentes na sala, apenas uma das participantes pelo nível de ansiedade apresentado, teve dificuldade em interagir com os estímulos proporcionados, mas mesmos com essa fragilidade, mostrou interesse pela

hidroterapia e agrado pelo efeito provocado pela música relaxante. Conforme os registos agora apresentados.

Principais dificuldades/barreiras observadas: Falta de conhecimento sobre estimulação sensorial **(02; 03; 05)**; falta de conhecimento sobre a Sala *Snoezelen* **(01; 02; 03; 04)**; falta de conhecimento sobre como explorar os equipamentos sensoriais **(03)** pouco interesse em explorar dos equipamentos sensoriais **(04; 05)**; ansiedade **(05)**; pouco comunica verbalmente **(03)**;

Principais efeitos e benefícios observados: Demonstra interesse pela experiência **(01; 02; 03; 04; 05)**; bastante comunicativa durante a experiência **(04; 05)**; manifestou agrado pelo efeito provocado pela música **(05)**; participação da pessoa significativa **(01; 02; 04; 05)**; fácil adaptação aos equipamentos sensoriais (musicoterapia e aromaterapia) **(02; 04)**; foco no relaxamento **(03; 04)**; não queria analgesia de TP, epidural, e não realizou, como era da sua vontade). **(03)**; a massagem realizada pela pessoa significativa, deixou a parturiente mais relaxada. **(04)**

Em relação á evolução do TP, quatro das participantes viram uma evolução a nível da dilatação do seu colo, conforme os registos descritos.

Dilatação avaliada antes da experiência: **(01)** - colo P2 dedos; **(02)** - colo P2 dedos; **(03)** - colo P2 dedos; **(05)** - colo P1 dedo.

Dilatação avaliada após a experiência: **(01)** - 3 cm; **(02)** - colo P2 a dedos com mais dinâmica uterina; **(03)** - 4cm; **(05)** - colo P2 dedos. Apenas na **04**, não ocorreu nenhuma alteração no colo uterino, durante a experiência de *snoezelen*, tendo esta participante seguido para cesariana, por estado fetal não tranquilizador (CTG patológico, segundo classificação FIGO).

A satisfação geral das participantes com a experiência de *Snoezelen* foi evidente tanto nas entrevistas quanto nas observações. Todas relataram uma experiência positiva com a experiência de *Snoezelen*, destacando o ambiente relaxante e o alívio da dor como fatores significativos. Estes achados corroboram com estudos analisados na SR, que identificaram o ambiente de *Snoezelen* como uma estratégia eficaz para reduzir a dor e o stress durante o TP, contribuindo para o conforto emocional e físico das parturientes (Hauck et al., 2008; Momeni et al., 2020). No entanto, esse benefício depende de uma preparação prévia e de um ambiente acolhedor e seguro, com o qual

as parturientes se sintam familiarizadas, como destacado por Nielsen & Overgaard (2020). Observou-se que a experiência de *Snoezelen* contribuiu para uma evolução positiva do TP para a maioria das participantes, reduzindo a duração do TP e o uso de métodos farmacológicos como a analgesia loco-regional (epidural). No entanto, algumas participantes manifestaram dificuldades, como a intensificação da dor, que dificultou o aproveitamento completo dos estímulos oferecidos. A experiência de *Snoezelen* pareceu favorecer a progressão natural do TP, conforme demonstrado por Manesh et al. (2015), que indica que a redução do stress e a criação de um ambiente relaxante aceleram o processo de TP.

3.2.3. Conclusão do estudo

A implementação da estratégia de *Snoezelen* mostrou-se eficaz na redução da ansiedade e da percepção da dor durante o TP. Os resultados indicam uma diminuição significativa na percepção da dor após a aplicação da estratégia de *Snoezelen*.

No que diz respeito às implicações para a prática, salienta-se a importância da formação e capacitação do EEESMO sobre o uso da estratégia de *Snoezelen*, incluindo estimulação sensorial e técnicas de relaxamento, a participação em workshops e simulações para praticar a aplicação das intervenções num ambiente controlado, bem com a continuidade da investigação, este estudo demonstrou que existe a necessidade de realização de mais estudos adicionais, que explorem outros possíveis benefícios do ambiente *Snoezelen* nas SP, com impacto na satisfação materna e nos resultados neonatais.

A área da obstetrícia necessita de estratégias inovadoras no cuidado das grávidas e suas famílias. A adoção da estratégia de *Snoezelen* nas SP pode ser extremamente valiosa, a integração ativa da parturiente e da pessoa significativa no processo de TP, respeitando as suas escolhas e assegurando que se sentem apoiadas e informadas, pode melhorar significativamente a experiência e os resultados. Há uma preocupação por parte do EEESMO em fornecer informação com evidência científica às parturientes sobre os benefícios envolvidos por esta estratégia. No entanto, a EpS durante o período pré-natal tem se destacado como um dos aspetos mais cruciais na implementação de estratégias multissensoriais, necessitando, portanto, de maior investimento.

É essencial promover o bem-estar físico e emocional para garantir uma experiência de parto positiva e satisfatória e a criação de um ambiente *Snoezelen* reduz o medo e a ansiedade e ao incorporar salas *Snoezelen* em ambientes de parto pode ajudar a criar uma experiência mais relaxante e menos stressante para as parturientes, potenciando deste modo uma experiência de parto positiva. Consequentemente, estas implicações sugerem que a integração de salas *Snoezelen* e outros elementos multissensoriais em ambientes de parto pode ser uma estratégia eficaz para melhorar a experiência das mulheres durante o TP, promovendo o bem-estar materno-fetal e satisfação das parturientes, o que concomitantemente leva a ganhos nos indicadores de qualidade de saúde.

A presença da pessoa significativa foi destacada como um fator crucial, pois tranquiliza, conforta a parturiente e proporciona uma segurança adicional para os EEESMO, especialmente quando estes não estão presentes na sala *Snoezelen*.

Este estudo demonstrou que a experiência de *Snoezelen* pode ser influenciada por fatores culturais, que variam significativamente entre diferentes comunidades e podem afetar a aceitação e adoção da estratégia *Snoezelen* como prática de saúde. É essencial considerar e respeitar as diferenças culturais ao implementar a estratégia *Snoezelen*, adaptando-a conforme necessário para garantir que seja culturalmente sensível e adequada às comunidades alvo.

3.3. Análise reflexiva do percurso de desenvolvimento de competências específicas do EEESMO

A aquisição de competências especializadas envolve não apenas aquelas específicas a uma área particular do conhecimento, mas também às competências comuns do Enfermeiro Especialista, conforme estabelecido no Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019b). Estas competências abrangem dimensões como a educação dos clientes e partes interessadas, orientação, aconselhamento, liderança, e a responsabilidade de interpretar, disseminar e conduzir investigação relevante e pertinente, que permita o avanço e a melhoria contínua da prática de enfermagem (OE, 2019b, p.4744). O perfil de competências específicas do EEESMO inclui um conjunto de competências clínicas especializadas descritas no Regulamento n.º

391/2019 (OE, 2019a). Este regulamento destaca ainda as intervenções autónomas do EEESMO no seu exercício da sua prática profissional, sublinhando a importância de uma prática baseada em evidência e centrada no cliente. As diversas experiências foram fundamentadas para a prática reflexiva e foram apoiadas tanto pela evidência científica quanto pela Teoria do Conforto, de Katherine Kolcaba (2003).

Neste capítulo, será realizada uma análise crítica sobre o percurso realizado nos cinco contextos de estágio, que permitiram o desenvolvimento das competências do EEESMO. Esta análise será fundamentada nas competências descritas no Regulamento n.º 391/2019 (OE, 2019a) e nas do ICM (2019). A reflexão incluirá a aplicação prática das competências adquiridas, a integração de conhecimentos teóricos e práticos, e a capacidade de adaptação a diferentes cenários clínicos. Através desta análise, pretende-se demonstrar como a formação e os estágios contribuíram para o desenvolvimento de competências essenciais, como a tomada de decisão clínica, a gestão de cuidados, e a liderança em contextos de saúde materna e obstétrica. Para concluir este percurso formativo, é fundamental que se desenvolvam o mínimo de experiências que garantam a livre circulação de parteiras no espaço europeu. No anexo III faculto a folha síntese de registo das atividades práticas realizadas ao longo do ER.

3.3.1. Cuida a mulher em idade fértil inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional

A OMS (2022), define a Saúde Reprodutiva como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspetos relacionados com o sistema reprodutivo, com as suas funções e processos. Isso não se refere apenas à ausência de doenças ou disfunções, mas também à capacidade de ter uma vida sexual satisfatória e segura, com a liberdade de decidir-se quando e com que frequência ter filhos.

Para alcançar a saúde reprodutiva é necessário a mobilização da sua componente fundamental, o Planeamento Familiar (PF) que é definido com uma estratégia que visa promover a saúde sexual e reprodutiva, garantindo o acesso a informações e serviços de saúde adequados para que as pessoas possam tomar

decisões conscientes e responsáveis sobre o número e o espaçamento dos filhos (DGS,2008). O EEESMO desempenha um papel essencial no cuidado de mulheres em idade fértil, especialmente no contexto do PF e durante o período pré-concepcional. A integração dos cuidados do EEESMO com a família e a comunidade é indispensável, para a criação de um ambiente de apoio que promova a saúde reprodutiva e o bem-estar geral das mulheres, isso inclui a educação contínua, o acesso a recursos de saúde e o suporte emocional necessário para tomar decisões informadas e responsáveis sobre a saúde reprodutiva (DGS,2008).

Estas competências foram principalmente desenvolvidas nos contextos de CSP e na Consulta Externa de Ginecologia Geral.

As atividades desenvolvidas nesta área, abrangeram a participação em consultas de PF, a utentes sem médico de família, com autonomia plena do EEESMO. Esta consulta torna-se relevante para a vigilância da saúde da mulher, dado que o acesso aos cuidados de saúde primários é mais difícil. Durante estas consultas era realizada a anamnese, avaliação de sinais vitais, peso e o preenchimento do Boletim de Planeamento Familiar. Os cuidados foram prestados mediante as necessidades individuais de cada utente.

Foi realizado aconselhamento sobre métodos contraceptivos a mulheres de diversas faixas etárias, níveis socioeconómicos e culturas, sendo a individualização dos cuidados uma preocupação constante, promovendo a saúde sexual e reprodutiva, ajudando na identificação, diagnóstico precoce e prevenção de complicações associadas a fatores de risco (ex. infeções sexualmente transmissíveis), além de colaborar na educação das utentes sobre estilos de vida saudáveis.

Esta prática de cuidados teve por base o Consenso sobre Contraceção 2020 (Pacheco et al., 2020) sustentando os cuidados na evidência científica. Este contexto, proporcionou-me a oportunidade de praticar a técnica de colocação de três implantes subcutâneos (Implanon®), de acordo com o Parecer n.º 274/2010 da OE, a colocação do implante subcutâneo e do dispositivo intrauterino constituem intervenções interdependentes que requerem prescrição médica, mas cuja aplicação pode ser realizada pelo EEESMO desde que o mesmo tenha adquirido formação e treino, quer em contexto académico e em contexto de formação contínua (OE, 2010).

A aplicação da Teoria de Conforto de Kolcaba (2003) nos cuidados de CSP e Consulta Externa de Ginecologia Geral reforça a necessidade de um atendimento especializado e individualizado. O EEESMO, ao considerar as dimensões de conforto físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural, proporciona um cuidado que não só atende as necessidades clínicas, mas também promove um bem-estar duradouro, empoderando as mulheres para o seu autocuidado e para a sua saúde reprodutiva. Esse enfoque ajuda o EEESMO a adotar uma abordagem de cuidado centrada na mulher, essencial para construir um ambiente seguro e confiável que incentive a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

3.3.2. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Os contextos de CSP e de Medicina Materno-fetal (MMF) permitiram-me desenvolver as competências associadas aos EEESMO que prestam cuidados á mulher no período pré-natal.

O período pré-natal caracteriza-se por alterações fisiológicas e psicológicas na grávida/casal/família, sendo um momento de grande transformação que exige uma reorganização e redefinição de novos papéis a um novo elemento familiar (Lowdermilk & Perry, 2006). O EEESMO tem um papel fundamental nesta transição, na medida em que “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar. O EEESMO durante estas consultas identifica as necessidades da grávida/casal e família em relação ao bem-estar materno-fetal e á deteção precoce de fatores de risco, tendo ocorrido durante este contexto de EC o encaminhamento de cinco grávidas, uma com trombocitopenia, duas com DG e duas com HIG para cuidados diferenciados, ou seja, para consulta no hospital de referência.

Estas consultas também são fundamentais para detetar necessidades económicas e sociais, problemas conjugais, entre outros que possam pôr em risco a segurança da grávida e/ou da gravidez (Sequeira et al., 2020), tendo o EEESMO a capacidade de orientar a grávida/família para outros elementos da equipa de saúde, como Assistente Social e/ou Psicólogo. Assim sendo, neste contexto pude prestar cuidados de

enfermagem especializados, desenvolvendo assim as competências relacionadas com “Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional”; “Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”, de acordo com o regulamento das competências específicas do EEESMO (n.º 391/2019 OE, 2019a) a cinquenta e duas grávidas com IG diferentes e enquadrado nos três trimestres da gestação. As consultas incluíram exames físicos (análise de urina, pressão arterial, IMC, auscultação dos batimentos cardíacos fetais (ABCF), manobras de Leopold no terceiro trimestre) e registo no Boletim de Saúde da Grávida (BSG). Além disso, foram promovidas ações de educação para a saúde, como orientações sobre alimentação, exercícios, vacinação e cuidados específicos, como a administração da imunoglobulina anti-D, nas grávidas com o grupo de sangue RH negativo, além de orientar e esclarecer dúvidas sobre os sinais de alerta que indicam a necessidade de procurar o SUGO e estratégias para os desconfortos da gravidez.

A preparação pré-natal deve constituir-se como uma ferramenta favorecedora da transição para a parentalidade ao permitir a aquisição e reforço dos conhecimentos do casal relativamente às alterações fisiológicas e psicossociais associadas à gravidez, parto e puerpério, mas também, ao desenvolvimento de competências nos cuidados ao RN (Pereira, 2016).

E, é nestas consultas que o EEESMO tem uma função importante para o empoderamento da grávida/casal para a transição para a parentalidade, dotando os mesmos de estratégias para lidar com esta nova fase do seu ciclo de vida. É um momento privilegiado para o EEESMO abordar todos os outros assuntos, abordando temáticas como os desconfortos da gravidez; a atividade sexual; o planeamento do parto, se pretendem frequentar as sessões do CPPP (havendo a modalidade presencial e online), o qual tive a oportunidade de apresentar a sessão de Métodos não farmacológicos e farmacológicos para a gestão da dor durante o TP (apêndice X); informar sobre o plano de parto e como podem fazer o mesmo, falando da consulta promovida por EEESMO no hospital de referência; os apoios da Segurança Social à grávida/casal durante a gravidez e depois do parto; atribuição do 1º cheque dentista após a realização da primeira ecografia.

O acompanhamento das consultas de vigilância pré-natal, que decorreram de acordo com as diretrizes do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco da DGS (2015), garantindo uma abordagem personalizada e culturalmente sensível, ajustada às características biopsicossociais de cada grávida e seu contexto familiar. A autonomia e a capacidade de intervenção do EEESMO na saúde pré-concepcional são fundamentais para promover uma gravidez planeada e saudável, reduzindo assim os riscos de complicações materno-fetais (n.º 391/2019 OE, 2019a).

A MMF é a área da medicina que tem como objetivo proceder ao acompanhamento específico da gravidez através de aconselhamento genético, exames complementares de diagnóstico e cardiocotografia (CTG), visando assim, o bem-estar materno-fetal das grávidas. É uma área de atuação, em que os profissionais de saúde exercem funções como intuito de exercer ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas destinadas a proteger, avaliar e assistir a saúde da mãe-feto (Graça, 2017).

O EEESMO, possui competências que possibilitam a prática autónoma de cuidados diferenciados, humanizados e individualizado a cada grávida, seguindo deste modo o exigido no regulamento das competências específicas do EEESMO (n.º 391/2019 OE, 2019a).

Neste contexto de estágio, pude acompanhar grávidas com patologia materna ou fetal, tais como APPT, hemorragia de 2º e 3º trimestre, oligoâmnios, hidrâmnios, hidrâmnios em feto polimalformado, anidrâmnios, PE com critérios de gravidade e RCF; vigilância da ITP por DG, HTA, VIH, RPM, mioma em feto GIG, feto LIG. Ainda foi possível promover a “Sala de Experiências Positivas” do internamento do SMMF e participar em sessões do CPPP.

Durante o estágio, desenvolvi competências em diversas intervenções, incluindo a realização e interpretação do CTG para vigilância da vitalidade fetal (batimentos cardíacos fetais, movimentos fetais e contrações uterinas), ABCF, e o tocograma, exclusivo para monitorização das contrações uterinas. Também implementei medidas de apoio emocional e psicológico para as grávidas internadas.

Neste seguimento e de acordo com o diagnóstico de internamento de cada grávida, inicialmente era realizado o acolhimento e avaliação inicial da utente, sendo esta

determinante, à posteriori, para o planeamento de intervenções de enfermagem a implementar, por forma a influenciar positivamente a saúde materno-fetal.

Foi fundamental ter conhecimento teórico acerca das patologias e fatores de risco associadas aos diagnósticos das grávidas internadas, de modo a efetuar corretamente as intervenções necessárias para promover o bem-estar materno-fetal, sendo alguns dos exemplos das prática de cuidados efetuados a supervisão das perdas hemáticas e a instrução da grávida, para a importância de informar acerca das perdas via vaginal ou outro tipo de alterações; monitorização da diurese nas situações de PE; prevenção dos riscos tromboembólicos nas grávidas que devem permanecer em repouso absoluto.

No decurso do desenvolvimento das competências exigidas para a realização deste EC no contexto de MMF e com a convivência diária com as grávidas em situação de risco, considero que a relação terapêutica estabelecida entre enfermeiro e grávida é um fator fundamental para a promoção do conforto e bem-estar materno-fetal, que se encontra numa fase de vulnerabilidade acrescida, num ambiente diferente ao do seu contexto habitual é necessário em primeiro lugar perceber e compreender quais as necessidades psicoafectivas da grávida/família a quem estamos a prestar cuidados, de modo a planear e implementar intervenções que minimizem as suas necessidades, promovendo o seu conforto e reduzindo os fatores de risco associados às suas patologias. Gravidez é um dos acontecimentos mais sensíveis e vulneráveis na vida da mulher e do homem, que gera profundas alterações físicas e psíquicas, preparando-os para a parentalidade (DGS, 2005).

Como tal, uma comunicação e uma relação terapêutica são fundamentais para a gestão dos conflitos gerados neste período mais sensível da vida da mulher/casal e família. A comunicação é fundamental em todas as interações humanas independentemente do contexto e dos indivíduos que comunicam. Porém, comunicar em contexto de prestação de cuidados de saúde assume particular importância, porque tal como a abordagem ética do profissional implica considerar o indivíduo de forma holística, há uma necessidade de comunicar eficazmente com o doente, com a sua família e restantes profissionais de saúde implicados no processo de cuidar (Tobin & watters, 2020).

O cuidado de Enfermagem é definido pela capacidade de estabelecer relações interpessoais que suportam o valor da confiança, que desta forma irá determinar o desenvolvimento de capacidades de compreensão e de interação numa dinâmica biopsicossocial. A competência relacional evidencia e melhora o processo de comunicação, como a confiança o respeito e a empatia, desenvolvendo habilidades de escuta ativa e de relação terapêutica (Sadigursky & Soares, 2015). As vivências das grávidas internadas neste serviço, geram momentos de ansiedade, medo, revolta, angústia, culpa e indecisão, porque o novo ser que estão a gerar, está em situação de risco. Como tal, é importante que o EEESMO promova espaços de diálogo reflexivos, com a grávida e pessoa significativa, aproveitando o acompanhamento e a vigilância e monitorização do bem-estar materno-fetal para criar ações educativas que permitam desmistificar os pensamentos negativos, fortalecer a autoestima e dar ferramentas para que a mulher adote em pleno o seu papel materno. É necessário que enquanto profissional o EEESMO utilize a sua capacidade científica, domínio técnico, a sua alegria, afetividade e provoque mudanças no novo mundo vivido pelas grávidas de risco (Guimarães, 2013).

A prática de cuidados no contexto de CSP, baseou-se igualmente no referencial teórico da Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), que ressalta a necessidade de um atendimento humanizado e holístico que atenda às necessidades individuais das mulheres. Essa abordagem integrada permite ao EEESMO conciliar o conhecimento teórico com prática clínica, promovendo um cuidado centrado no conforto e no empoderamento das mulheres/família. Essa perspetiva é refletida na minha experiência durante o estágio no internamento de SMMF, onde a aplicação da Teoria do Conforto enriqueceu o meu cuidado, ao focar as minhas intervenções nas dimensões física, emocional, social e psicoespiritual de cada grávida, esta prática de cuidados, não apenas ajudou as mulheres a enfrentarem os desafios do internamento, mas também evidenciou a importância do EEESMO em saúde materna e obstetrícia como um profissional essencial para a promoção do bem-estar geral de mulher e feto.

3.3.3. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

As atividades apreendidas para o desenvolvimento da competência mencionada neste subcapítulo foram realizadas no contexto da MMF e na SP.

Em relação ao contexto da MMF, o desenvolvimento da competência incidiu sobre a ITP, que permitiu observar em que situações é realizado, como é realizado, que tipo de terapêutica é administrada, avaliação do colo uterino, como atuar em situações urgentes, entre outras. A OMS (2011), define ITP como um processo iatrogénico através do qual se estimulam artificialmente as contrações uterinas, e se provoca alteração das características do colo uterino de forma a iniciar o trabalho de parto.

A Orientação n.º 002/2015 da DGS (2015) indica que, em todas as situações, se pressupõe que os riscos de continuar a gravidez são superiores aos da maturação cervical e/ou ITP. Os motivos mais consensuais incluem patologias médicas ou obstétricas graves como, distúrbios hipertensivos maternos, RCF, oligoâmnios e gravidez de baixo risco que atinge as 41 semanas completas de gestação, são exemplos de indicação para ITP. Segundo Graça (2017), os riscos fetais aumentam significativamente quando a gravidez ultrapassa as 42 semanas de gestação, o que leva à prática de ITP às 41 semanas de gestação. Mais recentemente, a OMS emitiu recomendações relativas à ITP em gravidezes a termo ou pós-termo não complicadas (OMS, 2022), não aconselhando a ITP de forma rotineira em grávidas com idade gestacional inferior a 41 semanas, sendo que, a partir das 39 semanas, os riscos maternos e fetais são menores.

Na ausência de TP, a mulher grávida apresenta um colo uterino fechado, íntegro, posterior e de consistência rígida. Para que o trabalho de parto se inicie, é necessário que estas características sejam modificadas (Thorp & Grantz, 2018). Durante o meu percurso de estágio no SMMF, acompanhei grávidas internadas para ITP, por diagnóstico de DG, HTA, VIH, RPM, mioma em feto GIG, feto LIG. A ITP era iniciada pelo médico obstetra, que procedia à avaliação do colo uterino (toque vaginal), e administrava o fármaco mais indicado, tendo por base o Índice de Bishop, de acordo com Graça (2017), o Índice de Bishop é descrito como uma ferramenta para avaliar a maturação do colo uterino e prever a probabilidade de sucesso na indução do trabalho de parto. O índice considera

cinco critérios principais: dilatação cervical, apagamento, consistência, posição do colo e altura da apresentação fetal.

Os métodos existentes para ITP disponíveis têm como objetivo a maturação do colo uterino (no caso de características desfavoráveis) e a indução de contrações uterinas. Como métodos farmacológicos, podem ser utilizadas prostaglandinas ou análogos de prostaglandinas, que vão provocar alterações bioquímicas no cérvix, facilitando a sua dilatação, bem como aumentar a concentração intracelular de cálcio do miométrio, promovendo as contrações uterinas. A oxitocina é sobretudo utilizada no caso de já se verificarem características cervicais favoráveis, atuando no músculo liso do miométrio, permitindo assim estimular as contrações, sendo que o número de recetores uterinos de oxitocina aumenta ao longo da gravidez. Por outro lado, existem métodos não farmacológicos, como dilatadores cervicais, descolamento digital de membranas e a amniotomia, com o mesmo objetivo de desencadear fatores bioquímicos, nomeadamente a libertação de prostaglandinas endógenas, e assim induzir o amadurecimento cervical e contrações uterinas (Machado et al.,2022).

O seguimento da ITP, permanecia sobre a autonomia do EEESMO, foi com esse intuito que prestei cuidados de monitorização e vigilância da ITP, através das seguintes intervenções, realização e interpretação de CTG, avaliação do colo, avaliação da dor de acordo com EN e administração do fármaco prescrito para a ITP. Em relação à gestão do controlo da dor pude promover o projeto desenvolvido pela equipa de Enfermagem deste serviço, a “Sala de Experiências Positivas”, que consiste numa sala com componentes multissensoriais, que tem como objetivo minimizar e/ou controlar a dor e promover o relaxamento durante o trabalho de parto, especificamente, a deambulação, a execução de várias posições e movimentos, a utilização da bola de suíça, música, aromaterapia, cromoterapia e a dança (HGO,2023). Com a perceção de uma lacuna existente nesta mesma sala elaborei dois panfletos (apêndice XI), um relacionado com a cromoterapia e outro com a aromaterapia que servem de suporte de informação e guia de utilização para as grávidas que frequentem aquele espaço e queiram experienciar estes dois métodos de gestão do controlo da dor e promotores do conforto.

As grávidas eram transferidas para o bloco de partos, quanto se encontravam em TP ativo, por alterações a nível da vigilância materno-fetal (CTG suspeitos, de acordo com

a FIGO) e controlo da dor, quando esgotado as estratégias não farmacológicas e fármacos prescritos.

No ambiente da SP, os cuidados foram direcionados às grávidas em TP, seja ele espontâneo ou induzido. O TP é descrito como um conjunto de processos fisiológicos que resultam na dilatação do colo do útero, na passagem do feto pelo canal de parto e na sua expulsão para o exterior (Machado & Graça, 2017).

Estes autores dividem o TP em três fases: dilatação, período expulsivo e dequitação. No entanto, outros autores, como Lowdermilk (2006), identificam um quarto estágio do TP, denominado período de recuperação imediata, durante o qual ocorre o restabelecimento da homeostase.

O EEESMO é fundamental na SP, contribuindo significativamente para a segurança e bem-estar materno-fetal. Esta prática especializada de cuidados enfrenta desafios, os quais foram experienciados por mim durante este trajeto e que necessitam de uma análise crítica sobre as vivências proporcionadas durante este processo de aprendizagem e consciencialização sobre a importância do EEESMO na prática de cuidados diferenciados e o seu impacto na promoção de uma experiência de parto positiva. Durante o período que decorreu o meu estágio neste contexto, procurei mobilizar e aperfeiçoar as minhas competências de comunicação e relação terapêutica, respeitando sempre as expectativas da parturiente/casal ou pessoa significativa, procurando sempre que me foi possível, fazer o seguimento da grávida desde do acolhimento até ao puerpério imediato, criando deste modo uma relação de confiança com a parturiente/casal ou pessoa significativa.

A comunicação foi sempre adaptada às necessidades individuais de cada parturiente. Mas houve situações em que a comunicação foi alvo de barreira linguística, pois atualmente neste contexto de EC, a população com maior afluência são as grávidas vindas do Bangladesh, Nepal, Paquistão e Índia, e que na sua maioria não falam português nem inglês ou quando falam este último idioma, é um discurso muito básico, sendo necessário recorrer a outros recursos como o *google* tradutor para a eficácia da comunicação transmitida. O enfermeiro deve auxiliar o utente a clarificar as necessidades e objetivos, a resolver problemas, a reduzir o stress e ansiedade; sendo que só consegue criar um ambiente terapêutico se tiver capacidade para comunicar e

consequentemente criar uma relação de ajuda com o utente, indo ao encontro das suas necessidades (Teixeira, 2022). No acolhimento á grávida na SP procurei demonstrar sempre uma postura calma e confiante, que tranquilizasse a mulher e o seu acompanhante. A utilização consciente por parte do EEESMO da comunicação verbal e não-verbal proporciona maior qualidade à relação terapêutica, favorecendo um ambiente acolhedor, com menos medos e inseguranças, e permitindo que a parturiente vivencie de forma positiva o TP (Teixeira, 2022).

A forma como nos apresentamos à parturiente/casal ou pessoa significativa faz toda a diferença no estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz. Assim, inicie sempre o primeiro contacto com a grávida ou o casal através da minha apresentação, acompanhada de uma explicação sobre as minhas funções e as expectativas relacionadas com a minha atuação ao longo do processo de TP, demonstrando ao mesmo tempo, disponibilidade para encorajar ao esclarecimento de dúvidas, receios/medos e preocupações. As mulheres precisam de ter apoio, seja emocional ou físico, e de um contacto próximo durante o trabalho de parto. Nestes casos a presença do EEESMO é essencial e a forma como comunica também (Balaskas, 2017).

No decorrer deste estágio, promovi sempre um ambiente seguro e acolhedor, destacando a vigilância contínua, prontidão para emergências, gestão da dor e suporte emocional para todas as parturientes a. Além disso, cabe ao EEESMO assegurar a criação de um ambiente seguro, empático e respeitador, que promova o conforto holístico. Este ambiente deve facilitar uma experiência de parto positiva e otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido (Kolcaba, 2003; ICM, 2019). O EEESMO tem ainda autonomia para prestar cuidados à mulher e ao casal/pessoa significativa durante o TP, identificando, monitorizando, promovendo e assistindo o parto fisiológico de início espontâneo, após 37 semanas de gestação, com apresentação cefálica e considerado de baixo risco (OMS, 2018; ICM, 2019; OE, 2019).

Este contexto, teve algumas experiências marcantes, como a atuação em emergências. A importância da comunicação eficaz e do suporte emocional é reiterada, especialmente em momentos críticos. Uma das situações que me marcaram, foi uma parturiente que assisti ao parto, tendo tudo decorrido dentro da normalidade, mas, a dequitação espontânea não ocorreu, pois estávamos na presença de placenta acreta. O

acretismo placentário ocorre quando a placenta se implanta numa área em que a decídua está muito pouco desenvolvida ou mesmo ausente, relacionando-se, assim, as vilosidades diretamente com a superfície do miométrio (Graça, 2017).

A intervenção seguiu o protocolo de HPP desta instituição, foi promovido suporte emocional e satisfação das necessidades existentes tanto da agora puérpera, RN e da pessoa significativa. Este caso, foi para mim um importante momento de aprendizagem e de aquisição de competências técnicas e de cuidados especializados. A capacidade de realizar uma extração manual e revisão uterina em situações de urgência demonstra um alto nível de preparação e habilidade técnica, essenciais para prevenir complicações graves como HPP e infeções. Esta competência não só reflete um profundo conhecimento teórico, mas também a capacidade de agir rapidamente e com precisão em momentos críticos, assegurando um atendimento de qualidade e salvaguardando vidas (n.º 391/2019 OE, 2019).

No contexto de SP, tive plena noção que a aquisição das competências técnicas é um percurso que se iniciou neste contexto e que ainda tenho um longo percurso de aperfeiçoamento. Falo sobre tudo da avaliação do colo, os exames vaginais (toque) fornecem informações sobre a dilatação e a espessura do colo, e a posição da cabeça do bebé na bacia da mãe. Esse tipo de exame faz parte da avaliação da evolução do TP. Porém, a dilatação do colo não é um bom método para predizer exatamente quando a mulher vai parir (Downe et al., 2013).

Outra das competências técnicas que exigem uma prática e formação continua, são as suturas na ocorrência de lacerações ou na realização de uma episiotomia. A maioria dos partos que assisti também não proporcionaram grande evolução a nível da minha destreza no processo de sutura do períneo, visto que felizmente a maioria das lacerações que tive foram de grau I e só realizei duas episiotomias. Isto porque faz parte das competências do EEESMO praticar Intervenções que minimizem ou previnam o trauma perineal no decorrer do 2º estadio do TP, tais como:

A aplicação de compressas embebidas em água quente, frequentemente referidas como **compressas quentes**, durante o parto é uma prática adotada para prevenir traumas perineais. Estas compressas são colocadas na região perineal durante o segundo estadio do TP, com a intenção de promover o relaxamento muscular,

aumentar a elasticidade dos tecidos e facilitar a distensão durante a expulsão do feto (Faraz et al., 2022). A técnica ***hands-on*** versus ***hands-off***, durante o TP, o EEESMO pode implementar diversas estratégias para evitar lacerações perineais, sendo estas estratégias, frequentemente empregadas, a técnicas *hands-on* (mãos sobre), envolve o contato físico direto do profissional com o períneo da parturiente durante a fase de expulsão fetal (Huang et al., 2020), enquanto que a técnica *hands-off* (mãos posicionadas), consiste numa abordagem mais observacional, na qual o EEESMO controla o progresso da cabeça fetal sem realizar intervenções físicas diretas no períneo (Huang et al., 2020). Outra estratégia preventiva é a adoção de posições verticalizadas durante o parto, de acordo com ACOG (2018), é possível verificar que a associação das posições verticalizadas em conjunto com esforços expulsivos espontâneos aumentou a taxa de períneos íntegros.

A **massagem perineal**, que promove relaxamento e flexibilidade dos tecidos da entrada da vagina favorecendo a abertura do canal vaginal para a fase expulsiva do parto, além de permitir uma experiência materna melhor (Teixeira et al., 2022). E a prática seletiva da episiotomia, segundo a SPMMF (2022), a episiotomia é uma incisão cirúrgica no períneo realizada no final do 2º estadio do trabalho de parto, a fim de alargar o orifício vaginal, a episiotomia deve ser realizada por indicação e não por rotina, as indicações para a realização de episiotomia incluem o encurtamento do 2º estadio do TP quando existe suspeita de hipóxia fetal, para prevenir a lesão obstétrica do esfíncter anal nos partos vaginais distócicos ou quando ocorreu lesão do esfíncter anal em partos anteriores.

A prática das intervenções que previnem e minimizam o trauma perineal devem ser uma constante nas SP no nosso país, uma vez que têm um impacto significativo na redução da morbidade da puérpera e na melhoria da saúde e bem-estar sexual das mulheres a longo prazo (Pereira et al., 2020). Embora na prática tenha consolidado algumas habilidades técnicas, é fundamental continuar a aperfeiçoar e a atualizar os meus conhecimentos com base na evidência científica. Devendo participar em formações e cursos que possam enriquecer o desenvolvimento destas competências.

Em relação às atividades desenvolvidas neste contexto e com a Teoria de Conforto de Kolcaba (2003), as mesmas revelaram que a aplicação dos conceitos de conforto,

alívio, tranquilidade e transcendência são fundamentais para o cuidado em SP. A criação de um ambiente seguro e acolhedor, aliado à comunicação adaptada e ao suporte emocional, resulta numa experiência de parto mais positiva e humanizada, que valoriza as necessidades biopsicossociais das parturientes, desta forma, a teoria de Kolcaba (2003) contribui para a formação de um EEESMO com capacidade para reconhecer e respeitar a individualidade de cada mulher/família, garantindo um acompanhamento de qualidade, empático e culturalmente sensível.

3.3.4. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

Esta competência foi adquirida nos contextos de puerpério, nos CSP e SP. Nestes locais, tive a oportunidade de prestar cuidados à puérpera e RN.

As atividades de avaliação obstétrica envolveram uma avaliação cefalocaudal completa das puérperas, incluindo parâmetros vitais, pele, mucosas, características das mamas, posição do útero, ferida cirúrgica (no caso de cesarianas), lóquios, períneo, sensibilidade e edemas, realizadas no puerpério imediato e no internamento. A assistência incluiu ainda o apoio na adaptação do recém-nascido (RN) à amamentação na primeira hora de vida, a administração da primeira dose da vacina contra a hepatite B (VHB), e orientações sobre o banho e características do RN. Durante a alta, foram realizadas EpS importantes, tais como, a marcação da consulta de revisão pós-parto, métodos contraceptivos, a marcação do teste do pezinho, a primeira consulta do RN, além de informações sobre sinais de alarme, segurança rodoviária e prevenção de acidentes no domicílio. Também participei ativamente nas consultas de revisão pós-parto realizadas no contexto de CSP e procedi ao esclarecimento de dúvidas mencionadas pelas puérperas/famílias.

O puerpério é a fase do ciclo da vida da mulher em que esta mais se encontra vulnerável ao desencadear ou agravar de perturbações psiquiátricas, uma vez que é a altura em que está mais focada na proteção do recém-nascido em detrimento de si mesma (Sequeira et al., 2020).

No internamento de puérperas, pude explorar e desenvolver esta competência, aprimorando as capacidades essenciais para a prestação de cuidados

pós-natais tanto para as puérperas como para os RN e família. A prática de cuidados desenvolvida nestes contextos, teve em conta os pressupostos descritos no regulamento de competências do EEESMO (n.º 391/2019 OE, 2019):

Cuidar da mulher/RN/família promovendo a sua saúde, através de cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades.

A realidade populacional existente neste contexto é muito diversificada, sendo muitas, mulheres emigrantes oriundas de países asiáticos como o Nepal e Bangladesh, que provêm de culturas e religiões diferentes da população portuguesa, o que exige uma prática de cuidados culturalmente sensível da nossa parte. Essa prática de cuidados impõe nomeadamente o estabelecimento de uma comunicação terapêutica eficaz, que na maioria das vezes é um obstáculo, visto que a maior parte das puérperas destes países não falam português e muitas nem o inglês, tendo de se recorrer a tradutores ou aos maridos que já estão cá há mais tempo e falam português ou minimamente inglês. Mobilizando ainda recursos para o desenvolvimento da competência cultural de modo a estabelecer cuidados eficientes que ultrapassem as diferenças culturais existentes.

Estas mulheres, provêm de culturas em que o período de pós-parto é encarado como uma bênção e sucesso da gravidez e do nascimento, em que o nascimento dos filhos são eventos ricos em rituais e práticas da tradição sócio-religiosa. Um exemplo dessas práticas, passam pelas crenças relativas à higiene da puérpera, que são outro elemento de potencial conflito com o padrão cultural português. Durante os primeiros dias a mulher nepalesa costuma realizar a sua higiene com toalhas, por acharem que o jato de água direto no corpo da mãe possa comprometer o estado de saúde do RN, estando eles ainda fortemente interligados (Borelli, 2021).

Para promover cuidados culturalmente sensíveis, foi necessário planejar intervenções que incluíssem o conhecimento dos hábitos e crenças culturais das puérperas e suas famílias migrantes. Reconhecer preconceitos e posturas etnocêntricas nos cuidados, valorizar as crenças e expectativas das puérperas, e estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança, escuta ativa e respeito, utilização de auxiliares de apoio como, tradutores e intermediários culturais, adaptou-se a informação aos contextos culturais das puérperas, envolveu-se a pessoa

significativa nas Eps e cuidados ao RN, e assegurou-se o cumprimento da vigilância no período pós-parto.

No que se refere ao diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e RN durante o período pós-natal. A minha prática de cuidados diários à puérpera passou pela realização de uma avaliação diferenciada, tendo por base uma avaliação cefalocaudal da mesma, de modo a prevenir complicações, mas também promovendo a sua autonomia e autocuidado. As alterações anatómicas e fisiológicas que ocorrem após o parto afetam diversos órgãos e sistemas, processam-se de forma contínua e requerem vigilância e cuidados específicos por parte dos profissionais de saúde (Lima et al., 2017).

A avaliação dos sinais vitais permitiu o despiste de situações de PE no pós-parto, a realização da avaliação do estado psicoemocional de modo a identificar possíveis fatores que pudessem desencadear “Baby blues” ou até mesmo depressão pós-parto, sendo também aplicada a escala de Edimburgo às puérperas antes da alta, de modo a serem referenciadas caso fosse necessário a intervenção nesse sentido.

A realização da avaliação do tônus uterino era realizada em todos os turnos de forma a identificar precocemente uma possível atonia uterina, sendo esta uma das principais causas de HPP, e consequentemente uma subinvolução uterina que é a incapacidade do útero para retornar ao seu estado não gravídico, podendo ter como causas a retenção de coágulos ou restos placentares, retenção de urina ou fezes, infecção puerperal e fibromiomas (Sequeira et al., 2020). A palpação abdominal do útero no pós-parto implica a identificação da sua localização, a avaliação do estado de contração uterina e a deteção da presença de dor. Combinando estes dados pude efetuar-se uma avaliação geral do estado do útero e da progressão da sua involução (Sequeira et al., 2020).

Nesta sequência, procedia-se á avaliação do estado do períneo, consoante a presença de laceração ou episiorrafia, com o intuito de avaliar o estado cicatricial da sutura, despiste de hematoma, discência da sutura, presença de varizes vulvares e presença de edema, providenciando á puérpera, crioterapia local em caso de edema e analgesia em caso de dor perineal. A avaliação e a caracterização da dor perineal e os métodos usados para seu controlo (analgesia, aplicação de gelo, diminuição da pressão

local) são importantes para diminuir o desconforto, oferecendo à mulher a possibilidade de vivenciar a maternidade de forma mais positiva e prazerosa (Sequeira et al., 2020).

Para finalizar a avaliação puerperal, avaliava-se as características dos lóquios (quantidade, cor, cheiro, consistência e presença de coágulos). A evidência científica diz-nos que a persistência de lóquios hemáticos em quantidade excessiva, para lá do puerpério imediato sugere hemorragia, normalmente relacionada com presença de fragmentos placentares ou membranas, lacerações vaginais e cervicais, atonia uterina ou situações patológicas que exigem uma avaliação cuidadosa e diferenciada (Sequeira et al., 2020).

Em relação aos cuidados ao RN, era realizado no acolhimento a avaliação cefalocaudal, tendo em conta a vitalidade do RN; postura em repouso do RN; a palpação das fontanelas, avaliação dos reflexos de moro, de preensão palmar e plantar, de marcha, de tonicidade axial, de galante e de e escalar; palpação abdominal; observação do cordão umbilical; simetria dos membros; observação dos órgãos genitais; perfuração do ânus; palpação da coluna e avaliação da integridade cutânea. A avaliação física do RN implica a observação dos sistemas corporais e deve focar-se sobre os aspetos normais, contudo, o conhecimento sobre as variações à normalidade e as manifestações clínicas é fundamental para que o EEESMO consiga, identificar precocemente situações de risco e prestar assistência ao RN de forma competente e imediata ou solicitar a observação pelo médico pediatra (Sequeira et al., 2020). Houve ainda a oportunidade de realizar EpS de forma a promover a autonomia da puérpera nos cuidados ao RN, orientando a mesma sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no RN.

Neste serviço de internamento de puérperas em particular é realizado ensinamentos sobre o banho do RN, mas não se realiza o primeiro banho do mesmo, visto que a equipa de enfermagem apoia-se na evidência científica mais atual, que nos diz que se deve protelar o primeiro banho do RN até 5º/7º dia de vida do RN de forma a promover a colonização inicial do microbioma adquirido no parto. O microbioma humano é o conjunto de microrganismos, que constituem uma comunidade microbiana dinâmica que vive nos diversos sistemas do corpo humano e desempenha um papel vital na saúde, doença, crescimento e desenvolvimento do seu hospedeiro (Almeida, 2018). Segundo Dunn, et al., (2017), o início do desenvolvimento do microbioma humano ocorre no

momento do nascimento, em que o microbioma da parturiente é transmitido para o RN, considerado que o ambiente intrauterino é estéril, enquanto as membranas estão intactas. De acordo com Bello, et al., (2019), o RN herda o microbioma primordial da mãe, e de gerações anteriores, com a transmissão vertical microbiana, ainda assim, o meio ambiente nas primeiras horas de vida do RN é a principal fonte de inoculação microbiana.

Outro dos objetivos desta equipa de enfermagem, é a amamentação mantida na alta hospitalar. Nesse sentido, foram implementadas intervenções de modo a promover e apoiar a puérpera no processo de amamentação, no pós-alta, através de uma linha de apoio telefónica e o encaminhamento da puérpera para a consulta de amamentação, nas situações de diagnóstico CIPE® de amamentação interrompida. A amamentação não é um comportamento totalmente instintivo, pois a mãe necessita de aprender a técnica de amamentar (Saraiva, 2010). O sucesso depende da criação de uma cultura lactante, do apoio dos profissionais de saúde, da educação da população e do empoderamento dos casais para a prática (Sequeira et al., 2020). Refletindo sobre esta temática, o EEESMO deve possuir competências específicas nesta área de atuação, adquirindo saberes teóricos e práticos capazes de mobilizar uma prática sensibilizada, que necessita de uma atualização e treino contínuos, com o objetivo de oferecer às puérperas orientações adequadas, acessíveis e personalizadas.

No que diz respeito ao contexto de CSP, tive a oportunidade de realizar 10 consultas de Revisão de Pós-Parto onde se providenciava cuidados a nível do PF, abordando temas como a sexualidade no pós-parto e o risco de uma gravidez não desejada, transmitia-se à mulher os vários tipos de métodos contraceptivos existentes, e qual poderia ser a sua opção de acordo com o seu estilo de vida e a vontade de ter ou não mais filhos a médio e a longo prazo, neste contexto é fornecido de forma gratuita às utentes os métodos contraceptivos disponíveis e de acordo com as suas escolhas/opções como, preservativos, puérpera em amamentação – pílula só com progestagénio (POP), ex. Azália®, implante subcutâneo (Implanon®), DIU, SIU (Mirena®) e outros ACO combinados como o ex. da Minigeste®). Nestas consultas ainda é realizado o exame objetivo da puérpera de acordo com o seu tipo de parto; é feito o autoteste do HPV se tiver mais de 30 anos, este teste como o nome indica, é realizado pelas utentes, através da introdução de uma zaragatoa na vagina que posteriormente é acondicionado num

tubo seco; EpS sobre o autoexame da mama, aplicação da Escala de Edimburgo para despiste de “Baby Blues” ou depressão pós-parto. O puerpério é um período de recuperação física e psicológica da mãe entre o nascimento do recém-nascido e as 6 semanas pós-parto (42 dias). Nesta fase é importante avaliar o estado de saúde mental da mulher, já que ocorrem transformações psicológicas consideradas adaptativas (Leitão, 2016). E o esclarecimento de dúvidas que a utente possa ter em relação a esta fase da sua vida.

A aplicação da Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) na prática de cuidados permitiu-me estruturar um ambiente de atenção focado nas necessidades específicas de cada puérpera. Através de intervenções de EpS e de uma vigilância cuidadosa, contribui para a promoção de um conforto multidimensional, essencial para a saúde e o bem-estar das mães, RN e famílias. Este estágio facultou-me, ainda, o desenvolvimento de competências de comunicação, particularmente em contextos multiculturais, e possibilitou o aprofundamento do meu conhecimento teórico sobre o papel do conforto na assistência à puérpera. Esta abordagem promove um cuidado especializado que considera as necessidades físicas, emocionais, sociais e culturais das mulheres e das suas famílias no período pós-natal. Ao integrar a teoria do conforto na minha prática de cuidados, assegurei que as puérperas recebessem um acompanhamento humanizada e sensível, fundamental para a adaptação ao papel parental e para a construção de um vínculo saudável com o RN. Este referencial teórico sublinha a relevância do EEESMO na promoção de um cuidado que acolhe e valoriza cada dimensão da experiência de maternidade.

3.3.5. Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

A aquisição e desenvolvimento desta competência foi concretizado durante os estágios na Consulta Externa de Ginecologia Geral e em CSP.

O EEESMO é possuidor de competências que permitem cuidar da mulher desde a saúde reprodutiva até à menopausa, incluindo as diversas fases do ciclo da vida de uma mulher. Segundo o Regulamento de competências do EEESMO n.º 391/2019 DRE (2019), artigo n.º 4, o EEESMO “Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar

processos de saúde/doença ginecológica”, assumindo a sua intervenção como um recurso fundamental nos serviços de ginecologia, oferecendo cuidados altamente diferenciados às mulheres e potencializando os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que centra-se nas competências do EEESMO para promoção da saúde e de transições saudáveis no âmbito da saúde ginecológica, sexual e reprodutiva (OE, 2021).

No âmbito da consulta externa de ginecologia geral, tive a oportunidade de participar e colaborar ativamente em diversas consultas das valências da ginecologia, tais como, Ginecologia Geral, Ginecologia I (específica para mulheres com DST), Uroginecologia, Patologia do Colo e Oncologia Ginecológica. Nestas consultas o papel do enfermeiro passa por colaborar com o médico na realização de colposcopias, o encaminhamento das utentes para exames específicos, como histeroscopia e preparação das utentes para procedimentos cirúrgicos, através destas atividades, pude constatar que as patologias mais frequentes estão relacionadas com o sistema geniturinário, tais como miomas, adenomiose, prolapso dos órgãos do pavimento pélvico (rectocelos, cistocelos e histerocele), adenocarcinomas pélvicos, neoplasia dos ovários e incontinência urinária. O contacto com estas patologias, levou-me a aprofundar os meus conhecimentos acerca dos mesmos e deste modo desenvolver competências relacionadas com a prestação de cuidados especializados às mulheres em diferentes fases do ciclo reprodutivo e em situações de saúde/doença ginecológica. Destacando a importância de uma abordagem holística, que considera não apenas os aspetos físicos, mas também emocionais e sociais das utentes.

Ainda no decorrer do EC na consulta externa de ginecologia geral, pude realizar uma ação de formação intitulada “Prolapso dos órgãos do pavimento pélvico: Contributos do EEESMO/Profissionais de Saúde” (apêndice XII e XIII), esta temática é um assunto do meu interesse pessoal e em diálogo com a OE, consideramos pertinente aprofundar e atualizar os conhecimentos acerca deste tema, visto que cada vez mais na consulta de uroginecologia a incidência de mulheres com diagnóstico de prolapso dos órgãos do pavimento pélvico tem aumentado. Enquadrando assim, as seguintes competências: o EEESMO tem o dever de: identificar necessidades em cuidados relacionados com a saúde sexual e reprodutiva; promover e cuidar da mulher em

processo de saúde/doença ginecológica, fomentando a sua readaptação tendo em conta os processos físicos, bem como emocionais a que pode estar sujeita; e prevenir complicações associadas a processos de saúde/doença sexual e reprodutiva.

Com a realização e avaliação desta sessão, pude constatar que é um objetivo da Enfermeira Chefe do Serviço de Ginecologia, criar uma “consulta de enfermagem”, que vá de encontro com o encaminhamento dado na consulta de uroginecologia e cooperação com outros profissionais de saúde no tratamento da mulher com prolapso dos órgãos do pavimento pélvico.

No EC de CSP, realizei 24 Consultas de Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU), no qual se faz a vigilâncias da tensão arterial, do peso e IMC, e de hábitos nocivos para a saúde, abarcando todo o ciclo de vida reprodutiva, climatério e transição para a menopausa da mulher. Segundo Lowdermilk & Perry (2006) o climatério é uma fase transitória durante a qual se verifica uma diminuição da função dos ovários e da produção hormonal, é uma fase abrangente desde o período pré-menopausa até ao período pós-menopausa. O que torna esta consulta muito abrangente no que respeita ao desenvolvimento e a responsabilização para a saúde/doença ginecológica, sexual e reprodutiva da mulher nas diferentes faixas etárias.

A citologia era realizada usando a técnica de colheita em lâmina, nas utentes com alterações no autoteste ou nas que tinham tido HPV positivo a mais de 1 ano. A pesquisa de HPV de alto risco foi realizada a utentes com idades compreendidas entre os 25 e os 61 anos. Até à data do término do EC todos os resultados recebidos estavam negativos para o teste de deteção de HPV de alto risco (14 subtipos). O rastreio do cancro do colo do útero deve ser efetuado a todas as mulheres sexualmente ativas, pelo menos 2 anos depois do início da vida sexual e até aos 65 anos inclusive, de forma a diagnosticar precocemente lesões precursoras deste tipo de cancro (Santos, 2019). Sendo verdade que a maioria das infeções por HPV é eliminada espontaneamente e não causa sintomas, não podemos deixar de excluir o facto que no caso de ser uma infeção persistente pode causar o cancro do colo do útero. Existe duas hipóteses de prevenção, a primária, através de vacinação contra o vírus (administração de 3 doses da vacina HPV) e a secundária, o rastreio que é realizado de acordo com as orientações da DGS. O tratamento de lesões pré-cancerosas, podem e devem evitar a maioria dos casos (Pedro, 2021).

O contacto com as atividades desenvolvidas em ambos os contextos de EC, foi importante para a consolidação das competências específicas para a promoção da saúde ginecológica e na prestação de cuidados diferenciados, refletindo sobre a importância da presença do EEESMO em contextos de saúde ginecológica. Pois segundo o Parecer N° 06 /2011 o EEESMO tem uma importante responsabilidade na promoção da saúde e na prevenção da doença da Mulher, devendo efetuar os exames que permitem a identificação precoce e o encaminhamento adequado das situações que configurem desvios ao “normal”, sendo a execução da citologia cervical, uma atividade inerente à vigilância da Saúde da Mulher durante o seu ciclo reprodutivo. Considerando deste modo a competência H6, no qual o EEESMO deve “Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica”, aludindo para a capacidade do EEESMO para conceber, planejar, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica e ainda possui competência de diagnosticar e monitorizar alterações do aparelho genito-urinário, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação e cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com afeções do trato genito-urinário.

A atuação do EEESMO ao longo do ciclo de vida da mulher e em diversas transições de saúde ginecológica, sexual e reprodutiva, alinha-se com a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), pois busca promover bem-estar físico, emocional, sociocultural e psicoespiritual da mulher/família. Esta abordagem holística reforça a importância do EEESMO nos cuidados associados à mulher durante o período de climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, pois possui competências para uma prática cuidado humanizado e centrado na mulher, promovendo transições saudáveis e qualidade na assistência à mulher em processo de doença ginecológica.

4. Limitações ao Processo de Aprendizagem

A principal limitação enfrentada ao longo deste percurso foi a dificuldade em conciliar as responsabilidades profissionais, pessoais e acadêmicas. O cansaço acumulado devido á intensa carga de trabalho no meu local de emprego, somado ás exigências acadêmicas, representou, sem dúvida, o maior desafio. Outra barreira identificada foi o número reduzido de EEESMO nos serviços de ginecologia, área que considero merecer maior valorização, de forma a potenciar as competências especializadas dos EEESMO.

Relativamente ao estágio em SP, surgiu o receio de não concluir no prazo estipulado, uma vez que, a meio do estágio havia assistido apenas 24 partos, acredito que o facto de estarmos três alunas da especialidade a realizar EC na mesma equipa de enfermagem e com o mesmo objetivo, tenha representado um obstáculo á aprendizagem. Felizmente, consegui concluir o estágio no tempo previsto, alcançando os objetivos traçados. Outras limitações decorreram na realização do estudo primário, para a qual tive dificuldades na obtenção de uma amostra diversificada de participantes. Este obstáculo deveu-se ao encerramento temporário do serviço de SP onde o estudo foi conduzido, para obras de restauração, o que limitou o acesso á sala *Snoezelen* durante o período de EC. Além disso, houve um atraso na obtenção do parecer da comissão de ética da instituição em questão. Contudo, os objetivos do estudo foram atingidos, proporcionando contribuições valiosas para um cuidado especializado á mulher, sobretudo no que diz respeito ao uso da experiência de *Snoezelen* como estratégia de relaxamento e conforto durante o TP.

5. Considerações Finais

O percurso realizado durante o ER foi vivido com muita intensidade, motivação e entusiasmo, e alguns períodos de frustração. Foi um período exigente, mas extremamente enriquecedor, tanto no plano profissional e acadêmico, como a nível pessoal. A diversidade de contextos em que se desenvolveu o EC permitiu-me prestar cuidados diferenciados a um amplo leque de mulheres, RN e casais, o que possibilitou o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, dentro do âmbito da saúde materna, obstétrica, neonatal e ginecológica.

Durante todo este percurso, procurei assegurar uma prática reflexiva, sustentada em evidência científica e orientada pelos princípios éticos, legais e deontológicos que orientam a profissão. As minhas decisões e práticas clínicas foram guiadas pela Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba (2003), mantendo o conforto holístico como o foco central nos planos de cuidados.

A realização da SR e do estudo qualitativo apresentou desafios consideráveis, não apenas pela dificuldade em identificar artigos relevantes e recrutar participantes, mas também devido à minha limitada experiência em desenvolver trabalhos com este nível de rigor científico. No entanto, tanto a SR como o estudo empírico sobre a experiência de *Snoezelen* durante o TP, bem como a formação sobre a Abordagem *Snoezelen* para Profissionais, reforçaram a minha compreensão sobre a importância desta estratégia não farmacológica e os seus benefícios na promoção de uma experiência positiva de TP. Os resultados obtidos, tanto na revisão de literatura como no estudo empírico, sugerem que a abordagem *Snoezelen* oferece vantagens no período pré-natal, promovendo o relaxamento, o bem-estar e o conforto, sendo uma medida inovadora e eficaz para o alívio da dor e para a promoção do bem-estar materno. A incorporação de estratégias que estimulam a mente nos espaços *Snoezelen* pode complementar de forma relevante as intervenções realizadas pelo EEESMO, contribuindo para a melhoria da qualidade do atendimento oferecido às grávidas e aos casais.

Contudo, observa-se ainda uma lacuna significativa na divulgação e implementação desta estratégia, com apenas duas maternidades em Portugal dispondo de uma sala *Snoezelen*. Assim, um dos meus objetivos é dar continuidade ao

desenvolvimento deste projeto no meu ambiente de trabalho, por meio da elaboração de uma instrução de trabalho detalhada sobre a aplicação da estratégia de *Snoezelen* e da criação de um folheto informativo sobre estimulação sensorial e o uso da sala *Snoezelen*, a ser entregue às parturientes no momento da admissão na SP.

O percurso ao longo deste ER foi bastante exigente, implicando uma grande carga de trabalho para atender a todas as exigências acadêmicas. No entanto, proporcionou também um profundo autoconhecimento. Fui capaz de me adaptar a novas situações e desafios, sempre ciente das minhas capacidades e limitações. Diante de alguns obstáculos, desenvolvi a minha resiliência, identifiquei fragilidades, trabalhei para superá-las e mantive-me motivada no processo de aprendizagem.

No futuro, com a elaboração de um artigo científico, pretendo dar continuidade à divulgação do meu estudo em eventos científicos e acadêmicos, pretendo ainda disponibilizar-me para colaborar na formação de futuros EEESMO, tanto na orientação de estágios como na apresentação do meu relatório aos novos alunos do mestrado, procurando sensibilizar a comunidade acadêmica para os contributos desta temática e assim, promover a sua integração na prática profissional.

Concluo esta etapa convicta de ter alcançado os objetivos estabelecidos, embora plenamente consciente de que ainda há um caminho a percorrer para continuar a consolidar as competências profissionais, éticas e relacionais.

6. Referências Bibliográficas

- Almeida, M., Dorés, J., Ruas, L., Vicente, L. (2017). Consenso Diabetes Gestacional. Revista Portuguesa de Diabetes, 12(1), 24–38. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2018). Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. Obstetrics and Gynecology, 132(3), e87–e102. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002841>.
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). Manual for Evidence Synthesis (2nd ed.). JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., Jordan, Z. (2024). Manual for Evidence Synthesis (3rd ed.). JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras & Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2009). Iniciativa Parto Normal-documento de consenso. https://orbananos.files.wordpress.com/2008/03/ipn_libro.pdf
- Baillon, S., van Diepen, E., & Prettyman, R. (2002). Multi-sensory therapy in psychiatric care. Advances in Psychiatric Treatment, 8 (6), 444–450. <http://doi.org/10.1192/apt.8.6.444>
- Balaskas J. (2017). Parto ativo: guia prático para o parto normal. (1ªed). São Pedro do Estoril: 4 Estações
- Bardin, L. (2016). Análise de Conteúdo. Edições 70.
- Bello, M., Vitorino, F., Knight, R. e Blaser, M. (2019). Role of the microbiome in human development. Gut. 68(6), 1108-1114. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30670574>.
- Borelli, A. I. (2021). Mulheres Da Diáspora Nepalesa O Papel da Saúde Sexual e Reprodutiva na Reformulação da Identidade Transnacional Mulheres Da Diáspora Nepalesa: O Papel Da Saúde Sexual E Reprodutiva Na Reformulação Da Identidade Transnacional. https://run.unl.pt/bitstream/10362/139191/1/01_PFM-Mulheres-Final_CAPA-STANDARD.pdf.
- Coutinho, C. (2021). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. Edições Almedina.

Dang, D., Dearholt, S., Bissett, K., Ascenzi, J., & Whalen, M. (2021). Johns Hopkins evidence-based practice for nurses and healthcare professionals: Model and guidelines (4th ed.)

Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Assembleia da República. Diário da República, I Série (N.º 157 de 16-08-2018), 4147-4148. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Despacho n.º 13755/2009 (2009). Diário da República, II Série, (N.º 113 de 15-06-2009), 23504-23505. <http://www.diariodarepublica.pt/2350423511.pdf>

Direção Geral da Saúde (2015) - Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2023/01/27/organizacao-dos-cuidados-de-saude-na-preconcecao-gravidez-e-puerperio/>

Direção-Geral da Saúde (2008). Saúde reprodutiva e planeamento familiar (Edição revista e atualizada). Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-reprodutiva-planeamento-familiar.aspx>

Downe, S; Gyte, G; Dahlen, H; Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub2>

Dunn, A., Jordan, S., Baker, B., Carlson, N. (2017). The Maternal Infant Microbiome: Considerations for Labor and Birth. MCN Am J Matern Child Nurs. 42(6), pp. 318–325. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28825919>

ESEL, Documento Orientador para Unidade Curricular Estágio com relatório. (2023). ESEL, (pp 43-44).

Faraz, S., Vasudevan, V., Ahmed, H., Varghese, D., Augustine, N., Pillai, U., Ammar, A., Aftab, N. (2022). The Effect of Warm Compress and Proper Perineal Support Technique on Prevention of Severe Perineal Trauma. Dubai Medical Journal, 5(4), 238–243. <https://doi.org/10.1159/000526161>

Fatia, A., Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In Néné, M., Marques, R., Batista, M. (2016). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (pp.308-320). Lisboa. Lidel

Ferreira, F. D. O. (2020). Efeitos da estimulação multissensorial pelo método Snoezelen em adultos com paralisia cerebral. Universidade de Aveiro e Bem-Estar.

Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusociência.

Gonçalves, S., Gonçalves, J., Marques, C. (2021). Manual de investigação qualitativa: conceção, análise e aplicações. Lisboa: Pactor.

Graça, L. (2017). Medicina Materno Fetal. Lidel. ISBN: 9789897522888. Lisboa.

Guimarães, P. (2013). Educação em saúde como espaço dialógico para a vivência da gravidez de alto risco. [Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina]. Repositório Comum da Universidade Federal de Santa Catarina. <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106903/317811.pdf?sequence=1>

Hauck, Y., Rivers, C., Kathleen, D. (2008). Women's experiences of using As Snoezelen room during labour in Western Australia. Midwifery, 24(4), 460–470. DOI: 10.1016/j.midw.2007.03.007

Hospital Garcia de Orta (2023). Notas Serviço de Internamento de Obstetrícia - Estratégias possíveis na Sala de Experiências Positivas. https://www.hgo.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/18/2017/11/24-NOTAS_INTERNAMENTO_OBSTETRICIA_19.04.2023.pdf

Hu, Y., Lu, H., Huang, J., & Zang, Y. (2021). Efficacy and safety of non-pharmacological interventions for labour pain management: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. J Clin Nurs. 30(23-24):3398-3414. doi: 10.1111/jocn.15865.

Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C., & Wang, J. (2020). The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. Midwifery, 87, 102712. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102712>

International Condeferation of Midwives. (2019). Essential competencies for midwifery practice 2019. <https://internationalmidwives.org/resources/essential-competencies-for-midwifery-practice/>

Klein, B. E., & Gouveia, H. G. (2022). Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. Cogitare Enferm., 27. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80300>

Kolcaba, K. (2003). Comfort Theory and Paractice: a vision for holistic health care and research. Nova Iorque: Springer Publishing Company. ISBN: 0-8261-1663-7

Kwok, F.; Sung, F. (2003) The application of a Multisensory Snoezelen room for people with learning disabilities. Hong Kong Medical Journal. 9. 122-126. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12668824/>

Leitão, M. (2016). Alterações Psicológicas no Puerpério. Néné, M; Marques, R; Batista, M. (Eds), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia* (pp.443-453). Lidel.

Lima, G., Teles, H., Alcântara, P., Moreira, M., Pinto, A., Marinho, M., Gurgel, L. (2017). Nursing assistance at the puerperium: Integrative review. *International Archives of Medicine*, 10(25), 1-10. Doi:10.3823/2295.

Lorentzena, I., Andresen, CS., Jensen, HS., Fogsgaarg, A., Foureur, M., Lauszus, FF. (2019). Study protocol for a randomised trial evaluating the effect of a “birth environment room” versus a standard labour room on birth outcomes and the birth experience. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, vol (10), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurox.2021.100125>

Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, C. (2006). *Enfermagem na Maternidade*. Lusodidacta. 7º Ed.

Machado, A; Castro, T; Tavares, S; Afonso, M; Ferreira, I; Santo, S. (2022). Normas de orientação clínica – Maturação Cervical. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina MaternoFetal. https://www.spommf.pt/wpcontent/uploads/2017/03/Norma_Matura%C3%A7%C3%A3o-Cervical.pdf

Machado, M., Graça, L. (2017). Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. *Medicina Materno-Fetal* (pp.220- 228). Lisboa. Lidel

Manesh, M., Kalati, M., Hosseini, F. (2015). Snoezelen Room and Childbirth Outcome: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 7(5), 1-6. DOI: 10.5812/ircmj.17(5)2015.18373

Martins, M. (2016). Utilidade instantânea e recordada da abordagem snoezelen em idosos institucionalizados e modelos cognitivos de eficácia em cuidadores. [Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/29529>

Momeni, M., Jamshidimanesh, M., Ranjbar, H. (2020). Effectiveness of a Snoezelen Room on Fear, Anxiety, and Satisfaction of Nulliparous Women: A Randomized Controlled Trial. *Iranian Journal Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(2), 1-8. doi: 10.5812/ijpbs.89168.

Mónico, L., Alferes, V., Castro, P., Parreira, P. (2017). A Observação Participante enquanto metodologia de investigação. Livro de Atas do 6º Congresso Ibero-Americano em

Investigação Qualitativa, 3, 724-733. <https://ludomedia.org/publicacoes/livro-de-atas-ciaiq2018-vol-3-ciencias-sociais/>

Nápoles, S., Pinheiro, C., Casteleiro, L. (2020, outubro 02). Plano de Parto. A Dança das Hormonas no Trabalho de Parto. <https://planodeparto.pt/a-danca-das-hormonas-no-trabalho-de-parto/>

Nielsen, J., Overgaard, C. (2020). Healing architecture and Snoezelen in delivery room design: a qualitative study of women's birth experiences and patient centeredness of care. BMC Pregnancy and Childbirth, 20, 283. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02983z>

Ominho (2021, outubro 24). Novo bloco de partos do Centro Hospitalar com sala snoezelen. Jornal Ominho. <https://ominho.pt/novo-bloco-de-partos-do-hospital-de-famaliao-tem-sala-sensorial-unica-no-pais/>

Ordem dos enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2013). Projeto Maternidade com Qualidade: Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República, II Série n.º 85 de 05-04-2019), 13560 – 13565. <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Projeto da MCEESMO-OE. Maternidade com Qualidade. Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor trabalho de parto. Indicador de Evidência. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2020a). Pronúncia da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica n.º 09/2020: Direitos da grávida/parturiente/puérpera. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20109/pronuncia-mceesmo_09-2020_direitos-da-grávida-parturiente-e-puérpera.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2020b). Regulamento da Estrutura para a Qualidade, Inovação e Promoção da Saúde. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17450/regulamento-da-estrutura-para-a-qualidade-inovacao-e-promocao-da-saude_assinado.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Organização Mundial de Saúde (2011). Reproductive Health and Research. WHO recommendations for induction of labour. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501156>

Organização Mundial de Saude (2018). Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

Organização Mundial da Saúde (2022). Considerações e ações fundamentais para alcançar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva no contexto da cobertura universal de saúde por meio de uma abordagem de atenção primária à saúde. <https://www.who.int/reproductivehealth>.

Pacheco, P. A., Rosa Costa, A., Lanhoso, A., Teresa, A., Santos, A., Rodrigues, C., Rebelo, C., Capela, E., Águas, F., Geraldês, F., Solheiro, H., Martins, I., Santos Silva, I., Neves, J., Marques, P., Palma, F., Sousa, F., Gomes, G., Do, M., Ferraz, T. (2020). Consenso sobre Contraceção. https://www.spdc.pt/images/SPDC_Consensos_2020_novo_21julho2021_digital_book_website.pdf

Parecer N° 06 / 2011 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2011). Quem realiza Colpocitologias. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/12181/parecer-n%C2%BA-06_mceesmo_08092011_colpocitologias.pdf

Parreira, M. (2018). Snoezelen Experience: Intervenções do Enfermeiro Especialista Promotoras do Conforto Materno-fetal [Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/27961>

Pedro, A. (2021). É urgente retomar o rastreio do cancro do colo do útero – Observador. jornal. <https://observador.pt/opiniao/e-urgente-retomar-o-rastreio-do-cancro-do-colo-do-utero/>

Peters, M., Godfrey C., Mclnerney P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: *Scoping reviews*. In: Aromataris E., Munn Z. (Eds.), JBI Manual for Evidence Synthesis. The Joanna Briggs Institute. <https://synthesismanual.jbi.global>

Pereira, A., Oliveira, D., Pereira, N., Néné, M (2020). Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica na prevenção do trauma perineal: Revisão sistemática da literatura. www.nascerpositivo.pt/wp-content/uploads/2020/11/Intervencoes-do-EESMO-na-prevencao-do-trauma-perineal.pdf

Pereira, M. (2016). Preparação para o Nascimento e Parentalidade. Em M. Néné, R. Marques; Batista, M (Eds), Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (pp.152-157). Lidel.

Pires, T. (2008). Estimulação Multissensorial: Teoria e Prática. Editora Saúde.

Price, S., Price, L., Price. P. (2021). Aromatherapy for Health Professionals: Revised Reprint E-Book. 5 ed. Elsevier Health Sciences. <https://shop.elsevier.com/books/aromatherapy-for-health-professionals-revised-reprint/price/978-0-7020-8402-7>

Regulamento n.º 391/2019. (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. <https://dre.tretas.org/dre/3698261/regulamento-391-2019-de-3-de-maio>

Regulamento nº140/2019. (2019). Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Rocha. A., Silva. S., Gonçalves. S., Oliveira. S., Maia. V. Efeitos da Hidroterapia no Trabalho de parto: revisão: revista brasileira de fisioterapia pélvica. [https://perineo.net/rbfp/3\(2\)/3\(2\)48-59.pdf](https://perineo.net/rbfp/3(2)/3(2)48-59.pdf)

Sadigursky, D., Soares, D. (2015). Facilidades e Dificuldades de Enfermeiras na Prática da Competência Interpessoal. Rev. APS, 18(1), 50-56. www.periodicos.ufjf.br

Santos, Â. (2019). A importância do rastreio atempado do cancro do colo do útero. Direção Geral de Saúde (DGS). <https://www.trofasaude.pt/bragacentro/noticias-e-eventos/noticias/cancro-docolo-do-uterio-a-importancia-do-rastreio-e-diagnostico-precoces/>

Santos, S. (2016). Guidelines para monitorização fetal intraparto – resumo do novo consenso da FIGO 2015. Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa, 10(1), 8-11. https://www.fspog.org/images/editor2/04_012016--ao_16-00012.pdf

Saraiva, H. (2010). Aleitamento materno – Promoção e manutenção. Lisboa: Lidel.

Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C. (2020). Procedimentos em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Lidel.

Teixeira, D., Marques, V., Andrade, D., Santos, F., Paulo, L. (2022). Massagem perineal como recurso fisioterapêutico para prevenção de laceração no parto vaginal: revisão de literatura. Research, Society and Development. 11 (9). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31791>

Thomson, G., Feeley, C., Moran, V., Downe, S., Oladapo, O. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. Reproductive Health, 16(71), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>

Thorp, J., Grantz, K. (2018). Clinical Aspects of Normal and Abnormal Labor. In: Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice. 8th ed. Elsevier Inc.

Tobin, S. Watters, D. (2020). Communication: An enabling competency. ANZ Journal of Surgery, 90(3), 364–369. <https://doi.org/10.1111/ans.15672>

Vilelas, J. (2020). Investigação: o processo de construção do conhecimento (3ª ed.). Edições Sílabo

Zensenses (2022, setembro 15). Novo Bloco de Partos do Hospital de Famalicão inclui Sala Snoezelen. ZenSenses Terapia pelos Sentidos. <https://www.zensenses.org/noticias/novo-bloco-de-partos-do-hospital-de-famalicao-inclui-sala-snoezelen-unica-neste-contexto-em-portugal/>