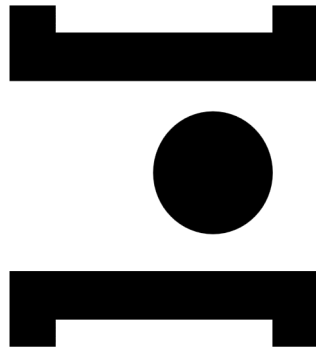


INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

Escola Superior de Saúde de Santarém



**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**

**O HIPNOPARTO COMO ESTRATÉGIA PARA UMA
EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA EM CONTEXTO DE
INDUÇÃO DO PARTO**

Relatório de Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Marina Trullols Tomàs

Orientação:

Maria da Conceição Fernandes Santiago

dezembro de 2025

“El dolor es parte de la vida, pero también la belleza lo es”

Frida Kahlo

AGRADECIMENTOS

À equipa de enfermeiras parteiras dos diferentes locais de estágio, em especial à Lídia e à Yolanda, pela confiança, forma como me receberam e toda a aprendizagem recebida nesta etapa tão feliz, intensa e exigente da minha vida.

À todas as famílias e mulheres que tive o privilégio de acompanhar durante todo o processo de aprendizagem em alguns dos momentos mais importantes da sua vida, e em especial as mulheres que participaram no estudo.

À professora Conceição Santiago, pela sua orientação e conselhos durante a realização de cada período de estágio e do relatório, apesar da distância.

À minha família e amigas, por acreditarem sempre em mim e me incentivarem a realizar os meus sonhos, mesmo que fossem longe deles.

Ao Miguel que sempre acompanhou a minha paixão incondicionalmente, e quem fez que Portugal fosse casa.

Às minhas amigas do mestrado: a Carolina e a Jéssica, as primeiras que eu conheci e que ficaram para sempre e à Alba Diaz, à prenda mais bonita que este mestrado me ofereceu, o meu grande apoio durante este tempo, partilhando mutuamente os nossos bons e não tão bons momentos.

SIGLA, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

APA – American Psychological Association

APP – Ameaça de Trabalho de Parto Prematuro

ARO – Alto Risco Obstétrico

ASSIR – Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

ECAP – Estació Clínica d'Atenció Primària

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

GCP – Gravidez Cronologicamente Prolongada

IPS – Instituto Politécnico de Santarém

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBE – Prática Baseada em Evidência

RCTG – Registro Cardiotocográfico

REM – Rotura Espontânea de Membranas

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RPM – Rotura Prematura de Membranas

ScR – Scoping Review

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VPH – Vírus do Papiloma Humano

RESUMO

A indução do parto é um procedimento cada vez mais frequente e pode gerar um aumento de medo, da ansiedade e da percepção da dor, condicionando negativamente a experiência materna. Nesse contexto, o hipn parto apresenta-se como uma estratégia eficaz para promover a calma, a autonomia e o *coping* adaptativo durante o processo de parto.

A partir da questão de revisão: Como o hipn parto contribui para uma experiência de parto positiva em contexto de indução do parto? realizou-se uma Scoping Review, segundo as orientações do Joanna Briggs Institute. Utilizaram-se bases de dados das plataformas EBSCOhost e PubMed, tendo sido incluídos 2 artigos.

Os resultados mostram que, apesar da intensa envolvimento física e emocional do trabalho de parto induzido, as técnicas de hipn parto promovem uma maior sensação de calma, controle e alívio da dor, destacando-se a respiração consciente e as afirmações positivas. O apoio profissional respeitoso e a informação clara emergiram como fatores chave para uma experiência de parto positiva.

Em conclusão, o hipn parto pode ser um recurso valioso nos cuidados do enfermeiro para melhorar a experiência do parto das parturientes em contextos de indução de parto, reforçando a autonomia, a segurança emocional e a satisfação materna.

Palavras-chave: hipn parto, indução do parto, experiência positiva de parto

ABSTRACT

Induction of labor is an increasingly common procedure and can generate increased fear, anxiety, and pain perception, negatively conditioning the maternal experience. In this context, hypnobirthing presents itself as an effective strategy to promote calm, autonomy, and adaptive coping during the birthing process.

Based on the review question: How does hypnobirthing contribute to a positive birth experience in a context of labor induction? a Scoping Review was conducted, according to the guidelines of the Joanna Briggs Institute. Databases from the EBSCOhost and PubMed platforms were used, and 2 articles were included.

The results show that, despite the intense physical and emotional involvement of induced labor, hypnobirthing techniques promote a greater sense of calm, control, and pain relief, highlighting conscious breathing and positive affirmations. Respectful professional support and clear information emerged as key factors for a positive birth experience.

In conclusion, hypnobirthing can be a valuable resource in nursing care to improve the birth experience of women in labor during induced labor, reinforcing autonomy, emotional security, and maternal satisfaction.

Keywords: hypnobirthing, labor induction, positive birth experience
Keywords: hypnobirthing, labor induction, positive birth experience

INDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	12
1.1. FISIOLOGIA E PSICOLOGIA DO PARTO.....	12
1.2. EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA.....	14
1.3. HIPNOPARTO	15
1.3.1. A hipnose.....	15
1.3.2. Os três pilares do hipnoparto	16
1.3.3. Benefícios do Hipnoparto.....	18
1.4. INDUÇÃO DO PARTO	18
1.5. MODELO DE ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY	19
2. METODOLOGIA	22
2.1. SCOPING REVIEW.....	22
2.1.1. Estratégia de pesquisa	22
2.1.2. Seleção dos estudos	23
2.1.3. Extração de dados	25
2.1.4. Análise de resultados	28
2.1.5. Discussão de resultados.....	30
2.2. TRABALHO DE CAMPO	32
2.2.1. Tipo de estudo e métodos de investigação.....	33
2.2.2. Participantes do estudo	33
2.2.3. Instrumento de colheita de dados e análise.....	34
2.2.4. Tratamento dos dados	35
2.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	35
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	38
3.1. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO	38
3.2. REFLEXÃO ESPECÍFICA DE CADA CONTEXTO DE ESTÁGIO	44
3.3. REFLEXÃO GLOBAL SOBRE O ESTÁGIO	53

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS.....	60
Anexo I. Certificação de educadora pré-natal em Hipn parto.....	61
Anexo II. Parecer da Comissão de Ética para o estudo	63
Anexo III. Registo das Atividades Desenvolvidas durante o Estágio	65
Anexo IV. Apresentação para extração e armazenamento do leite materno	67
APÊNDICES.....	69
Apêndice I. Projeto Individual de Estágio	70
Apêndice II. Entrevista semiestruturada	97
Apêndice III. Consentimento informado	100
Apêndice IV. Material de Hipn parto: ferramentas.	104
Apêndice V. Material de Hipn parto: guião de áudio de hipn parto	107
Apêndice VI. Sessão formativa sobre extração e conservação do leite materno	111

INDICE DE FIGURAS

Figura 1: PRISMA Flow Diagram para o processo de scoping review do JBI (2020)	24
---	-----------

INDICE DE TABELAS

Tabela 1: <i>Extração de dados do artigo 1</i>	25
Tabela 2: <i>Extração de dados do artigo 2</i>	26

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio e Relatório de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, integrada no 2.º ano do 10º Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia do Instituto Politécnico de Santarém (IPS), foi realizado o presente relatório de estágio.

O percurso formativo desenvolveu-se, no período entre 29 de Outubro de 2024 e 10 de Outubro de 2025, perfazendo um total de 1106 horas, das quais 1000 horas foram destinadas à prática clínica em diversos contextos clínicos (no Serviço de Obstetrícia Patológica e Consultas Externas de Alto Risco Obstétrico (150 horas) , no Serviço de Puerpério (150 horas), no Bloco de Partos (500 horas), no Serviço de Ginecologia (50 horas) e no Centro de Saúde (150 horas) e 40 horas para trabalho de campo, 36 horas de orientação tutorial e 30 horas de seminário. O ensino clínico, nos diferentes contextos, foi desenvolvido em Espanha, sob a supervisão e orientação da docente Conceição Santiago e de enfermeiras especialistas.

O estágio tem como objetivo principal proporcionar cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica à mulher no ciclo sexual e reprodutivo em situação de saúde-doença, inserida na família, grupo e comunidade. Os diferentes contextos clínicos permitiram aprofundar conhecimentos, aptidões, atitudes e competências técnicas, científicas e relacionais, essenciais às intervenções autónomas e interdependentes na prestação de cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO).

Para garantir a qualidade dos cuidados, todo o percurso formativo teve por base os referenciais normativos e legais que orientam o exercício profissional, nomeadamente o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019, de 6 de fevereiro) e o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio). Particularizando, o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este define o perfil e as responsabilidades que todos os enfermeiros especialistas devem ter, sem diferenciação da área de especialidade. As competências comuns são fundamentais para que os enfermeiros especialistas possam prestar cuidados de alta qualidade em diversos contextos de saúde, sendo estas: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. No que diz respeito às competências específicas do EEESMO estabelece-se que o enfermeiro especialista deve prestar cuidados à mulher inserida na família e comunidade, abrangendo o planeamento familiar, o período pré-concepcional, pré-natal,

trabalho de parto, pós-natal, climatério, doença ginecológica e a todas as mulheres em idade fértil.

A atuação do EEESMO visa cuidados humanizados, informados e centrados na mulher, especialmente em períodos de maior vulnerabilidade como no trabalho de parto (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Nesse âmbito, o EEESMO pode contribuir na implementação de estratégias não farmacológicas para a redução da ansiedade e o fortalecimento da autonomia da mulher durante o trabalho de parto (Oliveira & Martins, 2020). No contexto clínico de indução do parto estas estratégias podem ter um impacto particularmente significativo, sendo uma intervenção comum e frequentemente associada a maior intensidade das contrações, maior duração do processo e percepção de perda de controlo (Hernández Martínez et al., 2014; Reyna-Villasmil et al., 2024).

A temática do presente relatório surge da minha formação como Educadora Pré-natal em Hipnoparto (Anexo I). O hipnoparto é um tipo de preparação para o parto que procura reduzir o medo e a tensão mediante um estado de calma que facilita a libertação fisiológica de oxitocina e endorfinas. Baseado num conjunto de ferramentas como técnicas de relaxamento, visualização, respiração e pensamento positivo, o hipnoparto proporciona uma mudança de perspetiva promovendo uma experiência de parto positiva (Wilson, 2017). A evidência científica recente, reforça a relevância do hipnoparto na melhoria da experiência de parto e conclui que o hipnoparto tem múltiplos benefícios durante o trabalho de parto e após o parto como a diminuição do medo e da dor, com a conseqüente menor necessidade de analgesia, menor duração do trabalho de parto e a introdução precoce do contacto pele a pele e do aleitamento materno (Melián, 2024).

A preparação da mulher grávida com as estratégias de hipnoparto em contextos onde a intervenção médica é mais frequente, como na indução ao parto, resulta especialmente relevante. Na abordagem desta temática o presente relatório integra duas estratégias metodológicas. A partir da questão de revisão: *Como o hipnoparto contribui para uma experiência de parto positiva em contexto de indução do parto?* foi realizada uma ScR com o objetivo de mapear evidência disponível sobre o tema. Com base nos resultados analisados foi desenvolvido todo o planeamento da segunda estratégia, um estudo qualitativo descritivo-exploratório, em resposta à pergunta de investigação: *Qual é a percepção das mulheres primíparas submetidas a indução do parto sobre o contributo das estratégias de hipnoparto para uma experiência de parto positiva?* com o objetivo de explorar as suas percepções acerca da utilização de estratégias de hipnoparto durante a indução do parto. No entanto, não foi possível realizar o estudo, uma vez a

comissão de ética emitiu um parecer condicional (Anexo II) e as limitações temporais associadas à data de entrega do relatório de estágio não permitiram a sua concretização.

Foi adotado como referencial teórico o Modelo de Adaptação de Callista Roy pela sua capacidade de explicar as respostas humanas perante estímulos complexos. No contexto de indução do parto, este modelo permite compreender como a mulher integra estímulos fisiológicos, emocionais e ambientais, e como as estratégias de hipn parto podem facilitar respostas adaptativas mais eficazes. O EEESMO enquanto facilitador do processo adaptativo, assume um papel central na promoção do equilíbrio, segurança e vivência positiva da mulher.

A elaboração do relatório de estágio tem como objetivo apresentar uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem, de aquisição e desenvolvimento de competências durante o estágio (tendo como base o Projeto Individual de Estágio - Apêndice I) e o contributo no desenvolvimento pessoal e profissional nesta área de especialidade.

Importa, ainda, referir que a obtenção do Grau de Mestre em ESMO requer o cumprimento dos requisitos e critérios definidos pelos descritores de Dublin, para o 2.º Ciclo de estudos, na elaboração do relatório de estágio onde sejam descritas as expectativas, resultados e competências adquiridas. Estes requisitos incidem em cinco domínios: o conhecimento e capacidade de compreensão; a aplicação de conhecimentos e compreensão; a realização de tomada de decisões; a comunicação; e as competências de autoaprendizagem (Joint Quality Initiative, 2015). O Decreto-Lei nº65/2018, de 16 de agosto, define que o mestrando obtenha o grau académico através da apresentação e discussão pública de uma dissertação, trabalho de projeto ou relatório de estágio.

Quanto à estrutura, o relatório encontra-se organizado em 4 capítulos, o primeiro referente ao enquadramento teórico-conceitual, o segundo aborda a metodologia, seguindo-se a análise reflexiva sobre o processo de aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista e por último, a conclusão do trabalho. São disponibilizadas as referências bibliográficas e, em apêndices e anexos, os documentos que complementam a compreensão de todo o percurso desenvolvido.

O presente relatório, tem por base as normas da 7ª edição da American Psychological Association (2020).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1.1. FISIOLOGIA E PSICOLOGIA DO PARTO

Fisiologia do parto: fases e hormonas implicadas

Durante a gravidez, o útero mantém-se num estado de repouso graças à ação da progesterona que evita a contração do útero. Porém, no final da gestação, os níveis crescentes de estrógenos, juntamente com a ação da oxitocina, desencadeiam a ativação miometrial, promovendo o início do trabalho de parto. O trabalho de parto é um processo fisiológico complexo que envolve uma cascata de mudanças hormonais que finaliza com o nascimento do bebé (Castellanos-Villegas, Hernández-García & Vázquez-Martínez, 2023).

O trabalho de parto tem 3 estádios:

1º estágio do trabalho de parto: Compreende o período desde o início das contrações até a dilatação cervical completa. Nesta fase a ativação do miómetro e os efeitos da oxitocina ajudam na estimulação do músculo para promover o trabalho de parto (Gobierno Vasco, 2010; Castellanos-Villegas et al., 2023).

Este estágio é dividido em duas fases:

- A fase latente é caracterizada pelo início do apagamento do colo do útero e a progressão lenta da dilatação cervical até os 4 cm ou 5 cm segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) graças a contrações irregulares, tanto em intensidade como em duração (Gobierno Vasco, 2010; OMS, 2021).
- A fase ativa é caracterizada por uma progressão mais rápida da dilatação dos 4 cm ou 5cm segundo a OMS até os 10 cm de dilatação, graças à regularidade das contrações em intensidade e frequência (Gobierno Vasco, 2010; OMS, 2021).

2º estágio do trabalho de parto: inicia-se com a dilatação completa e corresponde a todo o período expulsivo até o nascimento do feto. Nesta fase distinguem-se uma etapa passiva, caracterizada pela descida fetal sem esforço expulsivo, e uma etapa ativa, com esforços de expulsão ativos até o nascimento fetal (Ministerio de Sanidad, 2010; OMS, 2021).

3º estágio do trabalho de parto: corresponde ao período entre o nascimento do feto e a dequitação da placenta. Com a ajuda do aumento de oxitocina ocorre a reparação do tecido que forma o útero e a sua posterior involução (Castellanos-Villegas et al., 2023; OMS, 2021).

Psicologia do parto e abordagem do medo

A gravidez e o parto são experiências profundamente transformadoras que não só implicam mudanças fisiológicas, como também, importantes modificações emocionais e sociais. Durante o processo, a mulher enfrenta sentimentos ambivalentes – ilusão, medo, ansiedade ou insegurança – que podem influenciar significativamente na sua vivência do parto. Nesse sentido a educação materna é essencial para oferecer recursos de *coping*, melhorar a confiança e preparar as grávidas para enfrentar o parto da forma mais consciente e serena possível (Bajo-Arenas, Melchor-Marcos, & Mercé, 2007; Sarmiento & Setúbal, 2003).

Historicamente, foram Grantly Dick-Read e Jacobson os pioneiros em vincular a dimensão psicológica e fisiológica do parto e em oferecer a mulher uma educação materna baseada em dar informação, em técnicas de relaxamento e em um ambiente de confiança e suporte (Bajo-Arenas et al., 2007). Dick-Read (1954) propõe o conceito de “ciclo medo-tensão-dor”, baseado na libertação de adrenalina ativada pelo medo que vai gerar a inibição da oxitocina e criar tensão muscular e redução do fluxo sanguíneo uterino. Este processo vai aumentar a percepção da dor e dificulta o progresso do parto. Jacobson (1938) pela sua parte desenvolve a relação entre a tensão muscular, a ansiedade e a resposta emocional.

O modelo proposto por Sarmiento e Setúbal (2003) sublinha que o parto é um processo de intensa vulnerabilidade psíquica. Os temores mais primários como a perda de controlo, a integridade corporal e inclusive a morte são confrontados com preocupações como a dor, as intervenções médicas e o trato recebido durante a assistência de saúde (Striebich, Mattern, & Ayerle, 2018). Por sua vez, Pérez Rosiles y Márquez Barradas (2004) destacam a importância de um cuidado humanizado, oferecendo-se informação sem tecnicismos e combinada com técnicas de compreensão das emoções da grávida e de escuta ativa.

Na atualidade, o medo do parto afeta com maior prevalência entre nulíparas. As causas são multifatoriais como a ansiedade, a baixa autoestima, o escasso apoio social e antecedentes traumáticos. Do ponto de vista psicológico, traços de personalidade mais controladores e doenças de saúde mental estão associados a uma maior percepção da dor (O’Connell, Khashan, & Leahy-Warren, 2021).

O medo ao parto, também pode produzir uma menor satisfação com o parto e um maior risco de depressão pós-parto. Pelo contrário, a autoeficácia e as estratégias ativas, de enfrentamento estão relacionadas com uma experiência mais positiva e uma melhor adaptação durante o puerpério (Marín Morales et al., 2008).

A abordagem de uma forma integral, considerando as dimensões emocionais, cognitivas, sociais e culturais através da promoção da autoeficácia, o autocuidado, o relaxamento e a comunicação respeitosa vai contribuir para a diminuição da ansiedade e da dor, mas também, para o fortalecimento da vinculação mãe-bebe e na perceção do parto como uma experiência positiva e empoderadora.

1.2. EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA

A OMS (2018) estabelece que toda mulher tem o direito a uma assistência de saúde segura, digna e respeitosa durante o parto. O conceito de “experiência de parto positiva” é definido como um resultado essencial dos cuidados maternos, para além da ausência de complicações médicas. Implica que a mulher vivencie o nascimento do seu filho de acordo com as suas expectativas pessoais e socioculturais, com sensação de segurança, controlo e conquista pessoal, num ambiente onde receba apoio físico, emocional e profissional contínuo (Simkin, 1991).

Este enfoque é sustentado numa visão integral e centrada na mulher, que combina a evidencia científica com os direitos humanos. Reconhece que a maioria das mulheres desejam um parto fisiológico e ativo, com a mínima intervenção precisa e com a possibilidade de participar na toma de decisões sobre o seu próprio processo de parto (Hodnett, 2002).

A OMS (2018) enfatiza a importância da Assistência de Saúde Respeitosa à Maternidade como um elemento-chave para uma experiência de parto positiva. Este modelo promove cuidados que preservam a dignidade, a privacidade e a integridade física das mulheres, fomentam a sua autonomia e garantem uma comunicação eficaz com os profissionais de saúde. Procura também eliminar práticas desrespeitosas ou abusivas, como a falta de privacidade, o abuso verbal ou físico e o abandono durante o trabalho de parto (Simkin, 1991; Hodnett, 2002).

Para isso, a assistência de saúde deve centrar-se tanto na grávida como no bem-estar da equipa de saúde, promovendo um ambiente de trabalho digno e colaborativo. O fortalecimento do vínculo interpessoal entre a grávida e a equipa da saúde é considerado um fator determinante para a melhoria dos resultados emocionais e clínicos do parto (Hodnett, 2002).

O modelo proposto pela OMS descreve uma série de intervenções que contribuem para um parto seguro e bem-sucedido. As mais relevantes incluem:

- Informação clara sobre as fases do trabalho de parto e respeito pelo ritmo fisiológico do trabalho de parto.

- Apoio contínuo durante o trabalho de parto por parte de uma pessoa escolhida pela mulher.
- Liberdade de movimentos e capacidade de adotar a posição preferida durante o trabalho de parto e o parto.
- Escolha informada dos métodos de alívio da dor, sejam eles farmacológicos ou não farmacológicos (relaxamento, massagem, música, técnicas de respiração).
- Evitar intervenções de rotina desnecessárias, como depilação, enemas, amniotomia ou episiotomia de rotina.
- Aplicação de medidas de proteção do períneo (massagem, compressas quentes, proteção ativa).
- Clampeamento tardio do cordão umbilical e contacto pele a pele imediato após o parto, promovendo o início precoce da amamentação.
- Não separar a mãe do recém-nascido, exceto por indicação clínica justificada.

Estas recomendações articulam-se em torno de um princípio central: o parto deve ser um processo fisiológico, seguro e emocionalmente significativo, sendo as intervenções médicas aplicadas apenas quando realmente necessárias e sempre com consentimento informado (Hodnett, 2002)..

O modelo da OMS (2018) propõe cuidados holísticos, contínuos e adaptáveis aos distintos contextos possíveis, que tenha a mulher e ao seu bebê no centro do sistema de saúde. Esta perspetiva permite diminuir os custos associados a intervenções desnecessárias, assim como, melhorar a satisfação e o bem-estar emocional da mulher.

Em síntese, uma experiência de parto positiva implica não só um nascimento sem complicações, mas também uma vivência que respeite a autonomia, aumente a confiança e promova um vínculo saudável com o recém-nascido.

1.3. HIPNOPARTO

O hipn parto é um tipo de preparação para o nascimento dirigido à mulher e acompanhante e que combina hipnose, relaxamento, respirações, educação perinatal e trabalho emocional, com o fim de facilitar uma vivência de parto calma, consciente e empoderada. O seu objetivo é que as mulheres enfrentem o parto com confiança e conhecimento, minimizando o medo e promovendo o protagonismo feminino num processo natural e fisiológico (Batista, 2020; Moreno, 2018).

1.3.1. A hipnose

A hipnose é uma técnica que utiliza a linguagem e a imaginação para induzir um estado de relaxamento e concentração profunda, facilitando o acesso a recursos internos

de calma, confiança e bem-estar. O médico escocês James Braid (1843) descreveu a hipnose como um processo baseado na capacidade de “fixar a atenção numa ideia dominante”, conceito posteriormente sistematizado como uma expectativa positiva e focada, cuja definição se mantém relevante na prática clínica atual (Moreno, 2018, p. 25).

A hipnose não implica perda de controlo ou de consciência: a mulher grávida destaca-se como participante ativa da sua experiência. De facto, toda a hipnose é considerada auto-hipnose, sendo que a sua eficácia aumenta com a prática e a integração nas rotinas diárias (Batista, 2020).

1.3.2. Os três pilares do hipnoparto

As estratégias de hipnoparto assentam-se em três pilares fundamentais que, quando combinados, promovem uma preparação abrangente: informação, ferramentas práticas e trabalho baseado em crenças.

Informação e Conhecimento Baseado na Evidência

O primeiro pilar é a educação informada. A compreensão da fisiologia do parto e dos direitos da mulher constituem a base para uma experiência segura e satisfatória. Conhecer as fases do trabalho de parto, os mecanismos hormonais envolvidos e as opções disponíveis permitem à grávida a tomar decisões informadas e reduzir a incerteza (Moreno, 2018).

Ferramentas práticas: a “caixa de recursos” do hipnoparto

O segundo pilar é composto por ferramentas práticas, um conjunto de recursos físicos e mentais que ajudam a manter a calma e facilitam o decorrer do trabalho de parto. Estas estratégias são personalizáveis e adaptam-se às preferências de cada mulher (Miller, 2020; Moreno, 2018).

a) Respiração Consciente

A respiração é a base do hipnoparto. A mulher é ensinada a regular a sua respiração de acordo com a fase do trabalho de parto. Durante o 1º estágio do trabalho de parto, recomenda-se a respiração chamada ascendente: inspirações suaves e expirações prolongadas para induzir o relaxamento. Durante o 2º estágio do trabalho de parto, o ritmo da respiração é adaptado para acompanhar as contrações. Esta técnica, para além de oxigenar os tecidos, ajuda a manter o foco mental e a reduzir a tensão muscular, é chamada de respiração descendente.

b) Visualização

A visualização envolve a criação de imagens mentais positivas associadas ao parto — por exemplo, imaginar uma flor a abrir ou o movimento rítmico das ondas. Estas imagens, praticadas durante a gravidez, funcionam como âncoras para acalmar a mulher

durante o trabalho de parto. Segundo Miller (2020), a visualização ajuda a transformar a percepção da dor e promove uma sensação de fluxo e progresso.

c) Linguagem e Afirmações Positivas

A linguagem é considerada essencial no hipn parto. Através de afirmações positivas, a mulher reprograma as crenças limitadoras e substitui o medo pela confiança. Estas frases são repetidas no presente e de forma afirmativa, promovendo a autoeficácia e o sentimento de controlo (Batista, 2020).

d) Massagem e Contacto Físico

A massagem e o contacto físico influenciam a libertação de oxitocina e endorfinas. São aplicadas técnicas como a massagem na região lombar ou sagrada, a compressão das cristas ilíacas ou a chamada "massagem da árvore", concebida para aliviar a tensão e promover o conforto físico (Moreno, 2018).

e) Ambiente Sensorial e Âncoras

O hipn parto dá especial ênfase ao ambiente. Recomenda-se um ambiente intimista (leve, tranquilo e relaxante), acolhedor e respeitoso, com iluminação suave, música suave e aromas agradáveis. Os cinco sentidos são também utilizados como âncoras emocionais: a audição, a visão, o olfato, o tato e o paladar servem como lembretes inconscientes de calma e segurança. As âncoras são um estímulo capaz de levar a um determinado estado emocional, promovendo o relaxamento e ajudando a manter o equilíbrio hormonal necessário para um parto tranquilo (Miller, 2020).

f) Escala de Recursos e Autonomia

Cada mulher cria uma escala de recursos personalizada, classificando as estratégias que pretende utilizar de acordo com a sua preferência. Desta forma, ela mantém o controlo e pode ajustar as ferramentas à medida que as sensações do trabalho de parto mudam (Batista, 2020). Esta autonomia fortalece a confiança e promove uma experiência ativa e consciente.

Trabalho de Crenças e Preparação Emocional

O terceiro pilar do hipn parto aborda as dimensões emocionais e cognitivas do parto. O objetivo é substituir as crenças negativas – como a ideia de que o parto deve ser doloroso ou traumático – por mensagens de poder, capacidade e serenidade. Através da introspeção, da meditação e da identificação de pensamentos limitadores, a mulher consegue transformar medos inconscientes em confiança e segurança (Miller, 2020; Moreno, 2018).

1.3.3. Benefícios do Hipnoparto

A preparação com hipnoparto tem efeitos positivos significativos na experiência do parto e no bem-estar materno-fetal e oferece benefícios em três dimensões principais: materna, neonatal e relacional (Melián Armas, 2024; Miller, 2020; Moreno, 2018).

Benefícios para a Mãe:

A nível materno, o hipnoparto promove uma maior sensação de controlo e autoeficácia, graças às informações e ferramentas adquiridas durante a preparação. As técnicas de relaxamento, respiração e visualização facilitam a regulação da dor e reduzem a necessidade de intervenções médicas, especialmente o uso de analgesia epidural (Batista, 2020; Melián Armas, 2024).

Além disso, a terapia baseada em crenças e a auto-hipnose promovem uma gestão emocional mais equilibrada, reduzindo a ansiedade e os pensamentos negativos associados ao parto. Como resultado, as mulheres reportam maiores níveis de satisfação e bem-estar emocional após o parto e uma recuperação pós-parto mais tranquila (Melián, 2024; Moreno, 2018).

Benefícios para o Recém-Nascido:

A prática do hipnoparto também tem impacto no bem-estar do bebé. A calma e o relaxamento da mãe durante o trabalho de parto promovem uma maior oxigenação e a libertação de hormonas do bem-estar, o que ajuda a reduzir o stress fetal e facilita a adaptação à vida extrauterina. Além disso, o parto num ambiente tranquilo promove uma transição mais harmoniosa e favorece o início precoce da vinculação e da amamentação (Miller, 2020; Moreno, 2018).

Benefícios para o acompanhante e para a relação familiar:

O hipnoparto envolve ativamente o acompanhante, conferindo-lhe um papel de apoio emocional e físico durante o parto. A preparação conjunta promove o envolvimento consciente no processo, aumenta a confiança e fortalece a ligação entre a mãe e o bebé. Este apoio informado e tranquilo, por sua vez, contribui para a manutenção de um ambiente emocionalmente estável que impacta positivamente toda a tríade familiar (Batista, 2020; Moreno, 2018).

1.4. INDUÇÃO DO PARTO

A indução do parto é definida como uma estimulação artificial das contrações uterinas para iniciar o trabalho de parto e produzir o nascimento vaginal antes do início do parto de uma forma espontânea (Beira-Salvador, Aneiros-Campos, González-Seoane & Veiga-Tuimil, 2022).

A indução do parto é uma das intervenções mais frequentes na obstetrícia moderna, realizando-se em aproximadamente o 20-25% dos nascimentos a nível mundial (Reyna-Villasmil et al., 2024).

A sua indicação clínica responde, fundamentalmente, a situações em que a continuação da gravidez pode comprometer a saúde materna ou fetal, como a hipertensão gravídica, a restrição do crescimento intrauterino, a rotura prematura de membranas ou no prolongamento da gravidez além das 41-42 semanas (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [SEGO], 2015).

Vários estudos demonstraram que, em comparação com a vigilância expectante, a indução é associada a uma redução da mortalidade perinatal, o que destaca a sua utilidade clínica (Reyna-Villasmil et al., 2024).

O sucesso da indução depende da maturação cervical que tradicionalmente é avaliada mediante a pontuação do Índice de Bishop, que avalia cinco parâmetros: a altura da apresentação, a dilatação, o apagamento, a consistência e a posição do colo do útero (Reyna-Villasmil et al., 2024). O Índice de Bishop, influi significativamente na probabilidade de chegar à fase ativa do trabalho de parto, assim como também a paridade, o peso neonatal (San Frutos et al., 2005).

Os métodos farmacológicos disponíveis para a indução ao parto são: prostaglandinas, oxitocina, estrogénios e mifepristona (Beira-Salvador et al., 2022). Os mais utilizados são as prostaglandinas, especialmente dinoprostona (PGE₂) e misoprostol (PGE₁). A dinoprostona é administrada por via intravaginal com um dispositivo intravaginal de liberação prolongada. O misoprostol vaginal é administrado em doses de 25 µg cada 4 horas até um máximo de seis doses. Os dois métodos demonstraram eficácia na maturação cervical (Beira-Salvador et al., 2022). Em caso de não conseguirem induzir o trabalho de parto, as guias clínicas recomendam o uso de oxitocina intravenosa (SEGO, 2015).

A medicalização do início do parto pode produzir contrações mais intensas e um tempo de dilatação mais prolongado, em correlação vai-se incrementar a morbimortalidade materna e a possibilidade de um parto instrumentado ou cesariana. Tudo isto pode gerar sentimentos de medo e ansiedade e influenciar na experiência do parto percebida pela mulher. (Hernández Martínez et al., 2014; Reyna-Villasmil et al., 2024).

1.5. MODELO DE ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY

O Modelo de Adaptação de Callista Roy constitui uma estrutura conceptual que permite compreender o processo de adaptação do ser humano ante estímulos internos e externos que afetam o seu bem-estar. Ao longo dos tempos, foi consolidado como uma

referência fundamental em enfermagem, orientando a prática para a promoção da adaptação em relação com o bem-estar integral do ser humano (Roy, 2009; Ahedo Martínez, 2000).

Roy (1999; 2012) concebe a pessoa como um sistema holístico que interage de forma constante com o seu ambiente, suscetível a estímulos internos e externos, utiliza mecanismos de *coping* fisiológico e cognitivos para atingir a integridade e o equilíbrio, de acordo com a sua capacidade adaptativa. A adaptação, por tanto, é concebida como um processo, mas também um resultado: implica a capacidade do indivíduo para responder eficazmente aos estímulos e manter a sua estabilidade biopsicossocial (Hernández et al., 2016). Neste modelo, os estímulos são classificados em focais, contextuais e residuais, e geram respostas adaptativas observáveis em quatro modos de adaptação: fisiológico, autoconceito, papel e interdependência (Campiño-Valderrama & Duque, 2016; Roy, 2012). Os estímulos focais correspondem ao evento ou situação imediata que exige maior atenção do indivíduo; os estímulos contextuais incluem todas as condições ambientais, organizacionais e relacionais que influenciam a resposta ao estímulo focal; e os estímulos residuais dizem respeito a crenças, experiências prévias, valores culturais ou expectativas pessoais, cujo efeito pode não ser imediatamente mensurável, mas que condiciona o processo adaptativo (Roy, 2012).

No contexto da saúde materna e obstétrica, este modelo assume especial relevância, dado que o processo gravídico-puerperal envolve profundas alterações físicas, emocionais e sociais que requerem apoio de enfermagem focado na adaptação progressiva da mulher. Durante a indução do parto, as mulheres enfrentam estímulos focais mais intensos, como a estimulação uterina ou o aumento da dor, e paralelamente estão expostas a estímulos contextuais, como o ambiente hospitalar ou a comunicação com a equipa de saúde, e a estímulos residuais relacionados com crenças sobre a dor e expectativas em relação ao parto, que podem alterar o seu equilíbrio fisiológico e emocional. Neste cenário, o papel do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica é essencial para facilitar uma resposta adaptativa eficaz (Campiño-Valderrama & Duque, 2016; Pickler et al., 2024).

O hipnoparto, entendido como uma técnica de preparação mental e física pode ser interpretado, dentro do modelo de Roy, como uma estratégia de *coping* cognitivo que promove a adaptação aos estímulos do ambiente hospitalar. A nível fisiológico, o hipnoparto contribui para a regulação da resposta autonómica, ativando o sistema parassimpático, reduzindo a ansiedade e a dor percebida. No modo autoconceito, fortalece a imagem positiva da mulher como protagonista do seu parto, promovendo a confiança e o controlo pessoal. No modo papel, fomenta a participação ativa e consciente

da mulher no seu processo de parto, reforçando a sua identidade materna. Por fim, no modo interdependente, melhora a comunicação e a ligação com a equipa de saúde e com o companheiro ou acompanhante da mulher, facilitando relações de apoio mútuo e respeito (Roy & Andrews, 2001; García & Torres, 2023).

Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista desempenha um papel mediador, orientando a mulher para uma adaptação positiva e promovendo o equilíbrio entre os aspetos fisiológicos, emocionais e sociais do processo. A sua intervenção, baseada no modelo de Roy, não só responde às necessidades físicas imediatas, como também promove a autonomia, a autorregulação emocional e o bem-estar geral da mulher durante o trabalho de parto induzido (Raile, 2022; Gutiérrez, 2009). Assim, a aplicação do Modelo de Adaptação de Roy no contexto do hipnoparto permite ao enfermeiro atuar como facilitador da adaptação, contribuindo para uma experiência de parto mais consciente, respeitadora e humanizada.

2. METODOLOGIA

A metodologia é uma etapa essencial no processo de produção de conhecimento científico, ao representar os procedimentos que seguem uma determinada investigação e que permitem alcançar os objetivos propostos (Vilelas, 2022). No exercício profissional do EEESMO, assente num modelo de cuidados centrados na mulher, a Prática Baseada em Evidência (PBE), entendida como a integração deliberada da melhor evidência científica disponível, permite garantir uma prestação de cuidados consistente, seguros e de elevada qualidade (OE, 2019).

Com o propósito de aprofundar o conhecimento científico sobre a temática em estudo, o percurso de investigação realizado integrou duas etapas complementares: a Revisão da Literatura, com a elaboração de uma Scoping Review (ScR) sob orientação da Joanna Briggs Institute® (JBI) a programação de um estudo exploratório, descritivo-exploratório com mulheres primíparas submetidas a indução do parto e expostas previamente a estratégias de hipn parto, com o intuito de explorar as suas perceções sobre o uso desta estratégia na indução do parto.

2.1. SCOPING REVIEW

A ScR é um tipo de revisão da literatura que visa mapear a extensão, a natureza e as principais características da evidência existente sobre um determinado tema, permitindo identificar lacunas no conhecimento, clarificar conceitos e orientar futuras investigações (Peters et al., 2020). Assume-se como um recurso metodológico relevante para a enfermagem, fortalecendo a tomada de decisão clínica fundamentada (Amendoeira, 2022).

Para a realização ScR, definiu-se a questão de revisão: *Como o hipn parto contribui para uma experiência de parto positiva em contexto de indução do parto?*

Seguidamente foram definidos os critérios de inclusão para a seleção dos estudos a considerar nesta revisão, recorrendo à mnemónica PCC: Participantes – Mulheres/Parturientes; Conceitos - Hipn parto; e Contexto - Indução do parto.

Foram incluídos nesta revisão estudos de natureza quantitativa, qualitativa, ou com abordagem mista, que respondam com relevância à questão de revisão. Foram excluídos os estudos que não cumpriam os critérios de inclusão definidos.

2.1.1. Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa com o objetivo localizar estudos publicados e não publicados, partiu de uma pesquisa inicial limitada nas Plataformas PubMed e EBSCOhost para identificação de artigos sobre o tema. As palavras de texto presentes nos títulos e resumos dos artigos relevantes, e termos indexados utilizados para

descrever os artigos, foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa completa utilizada na base de dados CINAHL Complete, COCHRANE, Nursing & Allied Health Collection, Medclatina e MEDLINE Complete. A estratégia de pesquisa, incluindo todas as palavras-chave e termos indexados, foi adaptada para cada base de dados.

Definimos como limitadores de pesquisa: estudos realizados nos últimos 10 anos (maio 2015 – maio 2025); texto integral; resumo disponível; língua portuguesa, inglesa ou espanhola, produzidos e publicados em qualquer país do mundo; espécie humana. Foram excluídos todos os artigos que não cumpriam os critérios acima referidos.

Com base nos conceitos determinados na PCC, emergiram termos validados como descritores de pesquisa e respetiva Scope Note na plataforma MeSH Browser, sendo que foram selecionados os termos “Labor, Induction” e “Hypnosis”. Também foi usado o termo de linguagem natural “Hypnobirthing”. Com recurso ao booleano “AND” e “OR”, depois de várias tentativas e combinações, resultou a expressão de pesquisa:

MM “LABOR, INDUCED” AND (MH “HYPNOSIS” OR “HYPNOBIRTHING”)

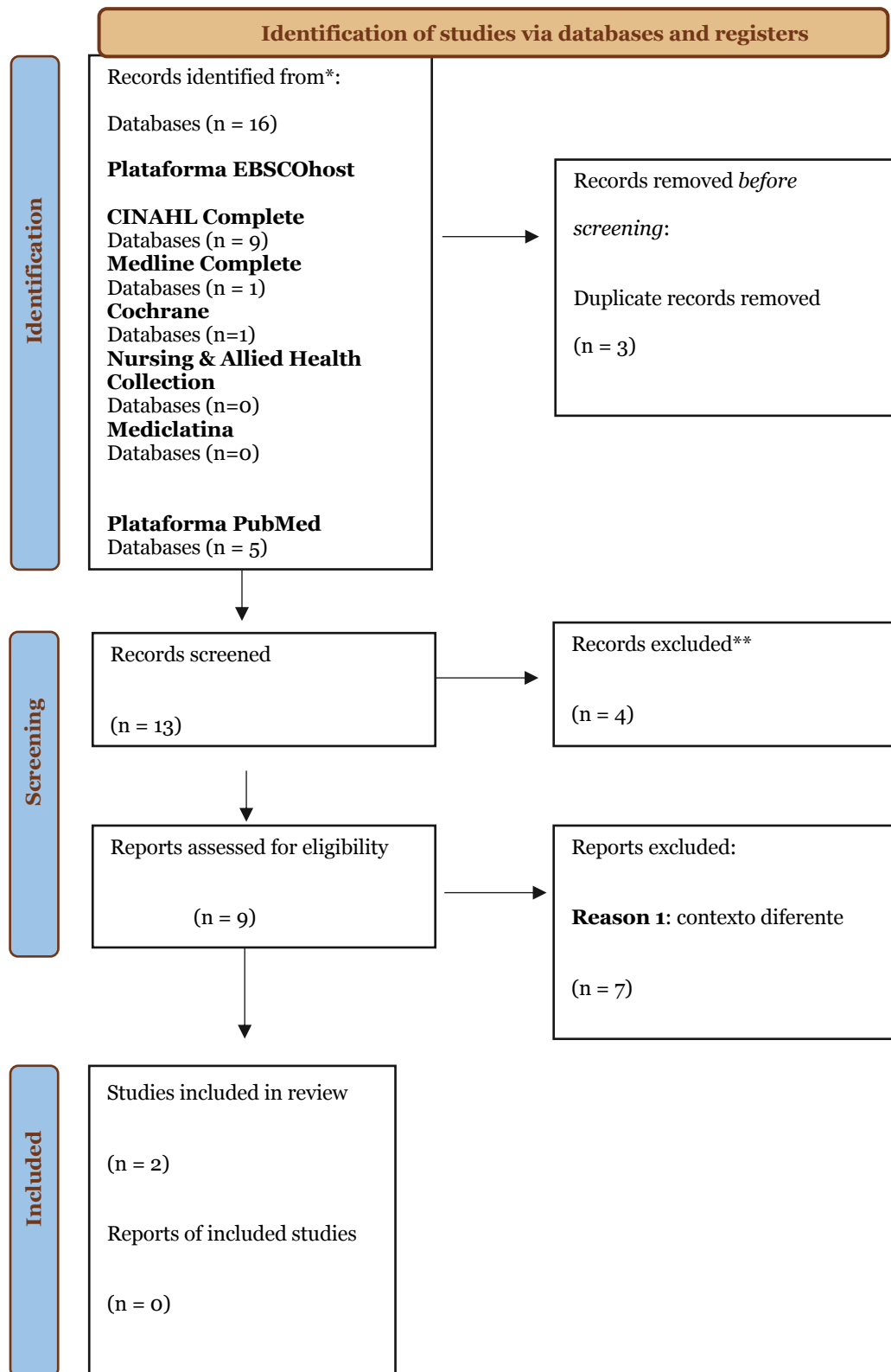
Labor, induced AND (Hypnosis OR Hypnobirthing)

A pesquisa foi realizada no dia 28 de maio de 2025.

2.1.2. Seleção dos estudos

A seleção dos estudos foi conduzida, com base no diagrama de fluxo PRISMA 2020 (McKenzie, et al, 2021) e compreendeu as três etapas principais para a ScR. Na primeira etapa do PRISMA, designada Identification, foram identificados 16 artigos, sendo 5 artigos na plataforma PubMed e 11 artigos na plataforma EBSCOhost, nas bases de dados CINAHL (n=9), MEDLINE (n=1), COCHRANE (n= 1), Nursing & Allied Health Collection (n=0), Medclatina (n=0). Posteriormente, foram rejeitados 3 artigos duplicados. O Screening constitui a segunda etapa do PRISMA, onde após a leitura dos 13 títulos e resumos, 4 artigos foram excluídos por não cumprirem os critérios de inclusão previamente definidos, totalizando 9 artigos. Após a leitura integral dos artigos remanescentes, 7 deles foram excluídos por não se adequarem ao contexto definido, permanecendo 2 artigos na etapa Included, para a realização da presente ScR. O processo de seleção dos estudos está descrito no fluxograma PRISMA (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma PRISMA: diagrama-resumo da pesquisa desenvolvida



Fonte: Figura 1 – *PRISMA Flow Diagram Adaptado*. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Bmj*, 372. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

2.1.3. Extração de dados

A presente scoping review compilou evidências sobre a influência do hipnoparto na experiência do parto e explorou a sua possível contribuição em contextos de indução. Foram incluídos dois estudos: um ensaio clínico randomizado (Uludağ & Mete, 2021) e um estudo qualitativo (Uludağ & Mete, 2023). Nenhum dos estudos analisados avaliou especificamente o uso do hipnoparto em mulheres submetidas à indução do parto; no entanto, os trabalhos fornecem descobertas que permitem identificar benefícios potencialmente aplicáveis a este contexto.

A extração de dados dos dois artigos foi realizada por dois revisores independentes, utilizando-se um instrumento de extração de dados de acordo com as orientações da JBI. Nas seguintes tabelas, expõem-se os dados extraídos de cada artigo, englobando conteúdos sobre os objetivos e participantes, a metodologia do estudo e conclusões chave relevantes para a questão de revisão.

Tabela 1
Extração de dados do artigo 1

Nº	1
Autores /Ano / País de origem	Elif Uludağ e Samiye Mete / 2021 / Turquia
Título do artigo / Base de dados	The effect of nursing care provided based on the philosophy of hypnobirthing on fear, pain, duration, satisfaction and cost of labor: a single-blind randomized controlled study: The effect of nursing care on the labor process and cost. / CINAHL
Objetivos	Examinar o efeito do apoio prestado, com base na filosofia do Hipnoparto no medo, na dor, na duração, na satisfação e no custo do parto.
Participantes	60 mulheres nulíparas durante o parto
Metodologia	Ensaio clínico randomizado, simples-cego, com desenho pré-pós e grupo controlo.
Resultados	<p>MEDO: Os cuidados de enfermagem baseados nas estratégias de hipnoparto foram eficazes na redução dos níveis médios de medo e dor durante o parto.</p> <p>DOR: Quando as mulheres consideram a dor do parto como normal, reagem positivamente. Os exercícios respiratórios e as técnicas de relaxamento nas fases latente e ativa reduziram a dor.</p> <p>PENSAMENTO POSITIVO: O pensamento positivo reduz as hormonas do stress e diminui a perceção da dor, proporcionando uma experiência positiva durante o parto.</p> <p>AMBIENTE: Ambientes com pouca luz e silenciosos fazem com que as mulheres se sintam mais confortáveis fisicamente. A secreção da hormona oxitocina, necessária para o parto, aumenta em ambientes calmos e com pouca luz.</p> <p>DURAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO: O hipnoparto foi eficaz e reduziu a duração do trabalho de parto. A posição vertical durante a primeira fase do trabalho de parto reduz a sua duração em comparação</p>

com a posição supina. A formação eficaz do expulsivo para as grávidas do grupo de intervenção encurtou o segundo estágio do trabalho de parto.

EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA: Observou-se também que o medo, a dor e a duração do trabalho de parto diminuíram nas mulheres do grupo de intervenção após receberem cuidados de apoio. Isso explica os elevados níveis de satisfação com o parto neste grupo.

MENOR CUSTO: Os cuidados de enfermagem de apoio prestados durante o trabalho de parto encurtaram o processo, reduziram o uso de analgesia, anestesia e oxitocina externa e diminuíram as taxas de parto vaginal intervencionista e cesariana. O hipnoparto reduziu o uso de anestesia epidural, diminuindo assim a dor do trabalho de parto e contribuindo significativamente para a redução dos custos do parto.

INDUÇÃO DO PARTO: No estudo, 18 mulheres do grupo de intervenção e 27 do grupo de controlo foram submetidas a indução do parto, totalizando 30 mulheres em ambos os grupos. O estudo conclui que: Não houve diferença significativa entre os grupos de controlo e de intervenção em relação à indução do parto, as mulheres que utilizaram hipnoparto não se viram afetadas negativamente pelo procedimento o que se pode atribuir à intervenção com hipnoparto.

Tabela 2
Extração de dados do artigo 2

<i>Nº</i>	2
<i>Autores / Ano / País de origem</i>	Elif Uludağ e Samiye Mete / 2023 / Turquia
<i>Título do artigo / Base de dados</i>	Feelings and Experiences of Turkish Women Using Hypnobirthing in Childbirth: A Non-Traumatic Childbirth Experience. / CINAHL
<i>Objetivos</i>	Examinar as opiniões, emoções e experiências das mulheres que referiram ter tido um parto hipnótico durante o trabalho de parto.
<i>Participantes</i>	13 mulheres que tiveram um parto vaginal referiram ter utilizado o hipnoparto durante o parto e falaram sobre a experiência do parto do início ao fim.
<i>Metodologia</i>	Estudo descritivo, fenomenológico e qualitativo.
<i>Resultados</i>	<p>PREPARAÇÃO E MEDO: As mulheres referiram ter ultrapassado os seus medos e ter-se preparado para o parto graças à educação que receberam e a diversas técnicas de relaxamento. Ensinar a fisiologia do parto e as técnicas de relaxamento pode ajudar as mulheres a ultrapassar os seus medos relacionados com o parto. Afirma-se que é importante respeitar as decisões das mulheres que fortalecem a sua capacidade de parir.</p> <p>As mulheres compreenderam que os sentimentos negativos que experienciaram no final do trabalho de parto estavam relacionados com um período de transição, o que as ajudou a relaxar. De acordo com a filosofia do hipnoparto, é importante lembrar às mulheres que estão a viver um período de transição quando experienciam sentimentos negativos durante o parto.</p>

DOR: Muitos fatores, incluindo a memória e as experiências, afetam a percepção da dor. Portanto, quando as mulheres em trabalho de parto são percebidas como doentes, a sua percepção pode ser afetada e os seus corpos podem reagir como se estivessem doentes. Isto pode aumentar o stress e a dor para as mulheres. Além disso, as mulheres que se percebem como doentes podem mostrar-se relutantes em cooperar, não participar ativamente no parto e esperar que a equipa de saúde faça tudo. A filosofia do hipn parto propõe que o parto é uma experiência natural e normal para uma mulher saudável. Por isso, neste estudo, as mulheres não desejavam ser tratadas como se estivessem doentes. As mulheres referiram que os exercícios de respiração entre as contrações as faziam sentir relaxadas. Também foi observado na literatura que estes exercícios reduziram a dor e a ansiedade durante as fases latente e ativa do trabalho de parto. Relaxamento muscular: As mulheres referiram que a massagem e a pressão sagrada e nas costas durante o trabalho de parto as faziam sentir relaxadas e reduziram a dor do trabalho de parto.

PENSAMENTO POSITIVO: O pensamento positivo diminui as hormonas do stress e leva a uma menor percepção da dor, contribuindo para uma experiência de parto positiva. A musicoterapia tem-se mostrado eficaz na redução da dor e da ansiedade durante o parto. Está demonstrado que as técnicas de relaxamento diminuem a dor tanto na fase latente como na fase ativa do trabalho de parto, aumentando a satisfação com a experiência do parto.

AMBIENTE: Foi relatado que as medidas no ambiente físico, como apagar as luzes, ajustar a temperatura do quarto e reduzir o ruído, proporcionaram bem-estar físico às mulheres.

DURAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO: Permitir que as mulheres mudem de posição e incentivar uma postura ereta as tornou mais cooperativas e fortes. As mulheres referiram que mudar de posição e usar uma bola de parto teve um efeito positivo sobre elas. Uma postura erguida durante a primeira fase do trabalho de parto demonstrou encurtar a sua duração em comparação com a posição deitada de costas. Descobriram que a anestesia epidural foi administrada com menos frequência às mulheres que usaram uma bola de parto e que a primeira fase do trabalho de parto foi mais curta.

EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA: As mulheres que discutiram as suas preferências com a equipa de parto têm maior probabilidade de parir com uma equipa que respeita os seus pedidos e oferece apoio. Como resultado, sentem menos ansiedade, cooperam melhor com a equipa e ficam mais satisfeitas com o parto.

Consequentemente, as mulheres que utilizam estas técnicas de respiração podem sentir-se mais calmas e confortáveis durante o trabalho de parto.

As mulheres tentaram pensar positivamente durante o processo de parto. De acordo com a filosofia do hipn parto, as palavras e os pensamentos têm poder. É evidente que a vivência de algumas etapas do parto em casa teve um efeito positivo no parto.

As mulheres referiram ter comido antes de chegar ao hospital, pois pensavam que não poderiam comer nada no bloco de partos. Foi explicado que comer e beber durante a primeira fase do trabalho de parto não teve um efeito negativo na saúde das mães ou dos seus bebés e reduziu significativamente a duração da segunda e terceira fases do trabalho de parto.

Se uma equipa de parto tiver uma abordagem compassiva e respeitosa, as mulheres podem cooperar melhor com a equipa e adaptar-se ao parto. As mulheres referiram que as frases encorajadoras e

orientadoras tiveram um efeito positivo no trabalho de parto. As frases de apoio e encorajamento forneceram apoio emocional e foram muito úteis para as mulheres.

Aparentemente, a participação ativa do parceiro pode levar a uma experiência de parto mais positiva.

Satisfação com o parto: As mulheres indicaram que esta experiência as fortaleceu e que desejavam voltar a parir para experienciar as mesmas sensações. A literatura afirma que o controlo pessoal e a capacidade de gerir a dor geram um sentimento de orgulho e realização, e que o parto é uma experiência empoderadora.

Aparentemente, o apoio durante o trabalho de parto, o contacto pele com pele e a amamentação podem melhorar a adaptação e a satisfação pós-parto.

INDUÇÃO DO PARTO: As mulheres deste estudo afirmaram acreditar que o trabalho de parto deveria começar espontaneamente e não desejavam submeter-se a qualquer intervenção para indução do parto. Está demonstrado que as técnicas de relaxamento diminuem a dor tanto na fase latente como na fase ativa do trabalho de parto, aumentando a satisfação com o parto e reduzindo as taxas de parto vaginal induzido. As mulheres admitidas durante a fase latente apresentaram maior probabilidade de receber intervenções intraparto, estimulação com oxitocina e analgesia epidural.

2.1.4. Análise de resultados

Após a extração dos dados, procedeu-se à análise exaustiva dos dois estudos. Da análise surgiram seis tópicos para esquematizar os resultados obtidos para a posterior discussão:

1. Efeitos do hipnoparto no medo, na dor e na satisfação.
2. Experiências subjetivas e influência do ambiente
3. Perceções e impacto na indução do parto.
4. Coincidências entre estudos
5. Síntese e necessidade de futuras investigações.

1. EFEITOS DO HIPNOPARTO NO MEDO, A DOR E A SATISFAÇÃO

O ensaio clínico aleatorizado de Uludağ e Mete (2021) demonstrou que os cuidados de enfermagem baseados na filosofia do hipnoparto reduziram de forma significativa os níveis de medo e dor durante o parto. Também, as mulheres do grupo de intervenção experimentaram uma maior satisfação durante o processo de parto e que foi mais breve. Tudo isto se traduz numa experiência de parto positiva para as mulheres.

O estudo descritivo de desenho qualitativo de Uludağ e Mete (2023) sugere que a educação para o parto e com técnicas de relaxamento desempenham o papel relevante para ultrapassar os sentimentos de medo e preparação emocional para o parto. Os relatos de sentimentos negativos no final de trabalho de parto relacionam-se com o período de

transição, mesmo assim a compreensão da fisiologia de parto e as intervenções educativas centradas na mulher, permitiu as mulheres a lidar de forma mais tranquila com momentos de maior intensidade.

Em ambos estudos, as técnicas de relaxamento e respiração ou o pensamento positivo destacam-se como recursos do hipnoparto que ajudam a reduzir as hormonas do stress e permitem lidar com as contrações de maneira mais calma. A nível prático, estes resultados sugerem que o hipnoparto pode melhorar a vivência do parto em dimensões tanto físicas como emocionais.

2. EXPERIÊNCIAS SUBJETIVAS E INFLUÊNCIA DO AMBIENTE

O estudo qualitativo de Uludağ e Mete (2023) aponta uma visão subjetiva das mulheres que utilizaram hipnoparto. As participantes relataram que a preparação prévia e as técnicas que aprenderam ajudaram a superar os medos e a viver o parto como um processo mais tranquilo e empoderado.

Destacaram a importância do pensamento positivo, da musicoterapia, as massagens e um ambiente de respeito (com obscuridade, silêncio e possibilidade de movimento) para melhorar a sensação de controlo e o seu bem-estar. Também incidiram no apoio dos sanitários que acompanharam o processo e a participação ativa do parceiro como fatores que aumentaram a satisfação e a calma da mulher o que ajudou a reduzir a ansiedade.

3. PERCEÇÕES E IMPACTO NA INDUÇÃO DO PARTO

As induções do parto são associadas a um aumento na probabilidade de intervenções adicionais (oxitocina, analgesia epidural, cesariana) ou que pode incrementar a dor e a sensação de perda de controlo. Neste contexto, os dois estudos concluem que o hipnoparto pode oferecer recursos emocionais e físicos para mitigar os efeitos.

Tendo em conta o contexto de indução do parto, no estudo de 2021 foram incluídas 18 mulheres do grupo de intervenção e 27 do grupo controlo que tiveram uma indução do parto de um total de 60 mulheres. Foi identificada uma diferença significativa entre os grupos, pois as mulheres que utilizaram hipnoparto não se viram afetadas negativamente pelo procedimento o que se pode atribuir à intervenção com hipnoparto. Mesmo assim, o estudo sugere que o hipnoparto poderia atuar como um fator protetor frente à experiência de medicalização que costuma acompanhar a indução do parto, mitigando a dor, o medo e a ansiedade.

No estudo de 2023 muitas mulheres manifestaram as preferências por um início de parto espontâneo e um desejo de evitar a indução do parto. Esta resistência pode ser interpretada como reflexo do desejo de manter autonomia e controlo.

4. COINCIDÊNCIAS ENTRE ESTUDOS

Em ambos estudos a redução do medo, o uso de técnicas de relaxamento e o reforço positivo têm um impacto direto na perceção da dor e na satisfação materna. Nos dois trabalhos também se destaca a importância de um ambiente favorável e da atitude do pessoal de saúde na vivência do parto.

Isto permite considerar o hipnoparto não só como um conjunto de técnicas individuais, mas também como uma filosofia de cuidado integral que fomenta a confiança, a autonomia e o protagonismo da mulher no processo de nascimento.

5. SÍNTESE E NECESSIDADE DE FUTURAS INVESTIGAÇÕES

Em conjunto, os artigos mostram que o hipnoparto melhora tanto os resultados objetivos (redução do medo, da dor, duração e custos) como as experiências subjetivas (sensação de controlo, satisfação e ausência de trauma).

Em geral os resultados dos dois estudos são consistentes, no entanto ainda são limitados no alcance geográfico (Turquia) e metodológico. A inclusão de mulheres induzidas no ensaio clínico de 2021 aporta dados preliminares valiosos, mas requerem investigações específicas em populações submetidas a indução programada do parto.

Futuros estudos, tanto quantitativos como qualitativos, deveriam avaliar o impacto do hipnoparto nesse contexto para confirmar a sua efetividade e oferecer recomendações clínicas sólidas.

2.1.5. Discussão de resultados

Os resultados desta revisão e a análise dos estudos incluídos permitem interpretar o hipnoparto como uma intervenção coerente com a fisiologia e a psicologia do parto, assim como com os princípios de uma experiência de parto positiva centrada na mulher. Tanto o ensaio clínico de Uludağ e Mete (2021) como o estudo qualitativo posterior (Uludağ e Mete, 2023) concordam em que a educação perinatal, o uso de técnicas de relaxamento e a resinificação do parto influenciam significativamente na redução do medo, na perceção da dor e na satisfação materna (Bajo-Arenas et al., 2007; Sarmiento & Setúbal, 2003).

Do ponto de vista fisiológico, os resultados concordam com a literatura que descreve o papel das hormonas do parto e a sua sensibilidade ao estado emocional da mulher. A redução do medo e da ansiedade promove o equilíbrio hormonal, facilitando

a ação da oxitocina e evitando a ativação do stress, o que pode explicar a menor perceção da dor e a vivência mais positiva do processo de trabalho de parto observada nos estudos analisados (Castellanos-Villegas et al., 2023; OMS, 2021). Estas descobertas são consistentes com o modelo do ciclo medo-tensão-dor descrito por Dick-Read (1954) e com os contributos de Jacosom (1938) sobre a relação entre a tensão muscular e a resposta emocional.

Do ponto de vista psicológico, o estudo qualitativo de Uludağ e Mete (2023) revela que a compreensão da fisiologia do parto e das suas diferentes fases, particularmente o período de transição, permite às mulheres reinterpretar sensações intensas e emoções negativas como parte de um processo normal e transitório. Esta reinterpretação promove a adaptação emocional, o sentimento de controlo e a autoeficácia como fatores que a literatura identifica como cruciais para uma experiência de parto positiva e uma melhor adaptação ao pós-parto (Marín Morales et al., 2008; O'Connell et al., 2021).

Os resultados reforçam a importância do ambiente e do apoio durante o trabalho de parto. As mulheres realçaram a importância de um ambiente calmo e respeitador que permitisse a movimentação, bem como o apoio contínuo dos profissionais de saúde e do acompanhante durante o trabalho de parto (Uludağ e Mete, 2021); Uludağ e Mete, 2023). Estes elementos estão alinhados com as recomendações da OMS (2018) sobre os cuidados maternos respeitosos, que colocam a dignidade, e a autonomia e comunicação eficaz como pilares de uma experiência de parto positiva. Reforçam ainda as conclusões de Simkin (1991) e Hodnett (2002), que indicam que a satisfação materna está intimamente ligada à qualidade relacional dos cuidados, independentemente do tipo de parto ou das intervenções realizadas. Isto alinha-se com o papel do EEESMO na promoção de estratégias não farmacológicas, apoio emocional e educação pré-natal (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Oliveira & Martins, 2020).

Um dos resultados mais consistentes é a perceção do papel essencial dos profissionais, onde o EEESMO tem o principal. As mulheres descreveram as parteiras e as enfermeiras como figuras-chave na sua experiência, destacando a escuta ativa, a presença constante, a informação clara e respeitosa e validação emocional. Isto destaca a importância de que os profissionais recebam formação específica em hipnoparto, especialmente durante a gravidez, uma vez que estas ferramentas podem melhorar o conforto, a segurança emocional e a autonomia das mulheres (Oliveira & Martins, 2020).

No contexto específico da indução do parto, os dados do ensaio clínico de Uludağ e Mete (2021) sugerem que o hipnoparto pode atuar como um fator protetor contra os efeitos negativos associados à medicalização do início do trabalho de parto, como o

aumento da dor, ansiedade e sensação de perda de controlo. Estes resultados são especialmente relevantes tendo em conta que a indução do parto está frequentemente associada a um maior risco de intervenções adicionais e a uma experiência de parto menos satisfatória (Hernández Martínez et al., 2014; Reyna-Villasmil et al., 2024). Contudo, o estudo qualitativo de 2023 também reflete uma preferência pelo início espontâneo do trabalho de parto, o que pode ser interpretado como uma expressão do desejo de autonomia e controlo sobre o próprio processo de nascimento, estes aspetos são considerados centrais para a perceção de uma experiência de parto positiva (Hodnett, 2002; WHO2018).

A partir da estrutura conceptual do Modelo de Adaptação de Callista Roy (1999), o hipnoparto pode ser interpretado como uma estratégia cognitiva de *coping* que facilita as respostas adaptativas a estímulos focais, contextuais e residuais presentes durante o trabalho de parto, especialmente em situações de indução do parto (Roy, 2012). As técnicas de respiração e relaxamento, a visualização e o trabalho de crenças descritas nos estudos (Uludağ e Mete, 2021; Uludağ e Mete, 2023) promovem a adaptação nos modos fisiológico, de autoconceito, de papéis e de interdependência, contribuindo para uma experiência mais equilibrada e positiva do processo (Roy & Andrews, 2001; Pickler et al., 2024).

De um modo geral, os estudos analisados mostram resultados consistentes em relação à redução do medo e da dor, ao aumento da satisfação materna e à melhoria da experiência subjetiva do parto, reforçando a utilidade do hipnoparto como uma estratégia de cuidados abrangente e centrada na mulher (Batista, 2020; Moreno, 2018; Melián Armas, 2024). No entanto, as evidências disponíveis são ainda limitadas pelo pequeno número de estudos, pela sua concentração geográfica e pela escassez de investigação focada especialmente nas mulheres submetidas a indução programada do parto. Portanto, são necessárias mais pesquisas quantitativas e qualitativas para avaliar especificamente o impacto do hipnoparto em contextos de indução do parto, a fim de consolidar recomendações clínicas baseadas em evidências robustas.

2.2. TRABALHO DE CAMPO

Após a realização da ScR e da perceção da necessidade de explorar a aplicação das estratégias de hipnoparto na indução do parto nos cuidados do EEESMO, pretendeu-se desenvolver um estudo qualitativo, descritivo-exploratório, conduzido por entrevistas semiestruturadas a mulheres primíparas, que foram submetidas a indução do parto e

expostas previamente a estratégias de hipn parto, com o intuito de explorar as suas percepções sobre o uso desta estratégia na indução do parto.

O foco deste estudo está na vivência pessoal do parto induzido e no contributo percebido do hipn parto, ou seja, pretende compreender experiências subjetivas, significados atribuídos e processos vividos em profundidade. Para isso, uma abordagem qualitativa é ntendida como a mais adequada metodologicamente, assente numa análise interpretativa da realidade social no contexto natural em que ocorre (Creswell & Poth, 2018; Vilelas, 2022).

A preparação para o estudo de investigação a desenvolver decorreu em articulação com os contextos clínicos onde se desenvolveu estágios, nomeadamente, no âmbito dos programas de preparação para o parto realizados no centro de saúde e durante o internamento hospitalar para indução do parto, tendo em vista a identificação das potenciais participantes do estudo.

2.2.1. Tipo de estudo e métodos de investigação

Para descrever de forma sistemática as percepções das participantes sobre um fenómeno específico foi desenvolvido um estudo qualitativo de natureza descritiva (Flick, 2018). Esta escolha justifica-se pela necessidade de captar subtilezas emocionais, cognitivas relacionadas com a vivencia da indução do parto.

Pretendeu-se responder à pergunta de investigação: *Qual é a percepção das mulheres primíparas submetidas a indução do parto sobre o contributo das estratégias de hipn parto para uma experiência de parto positiva?* com o objetivo de explorar as suas percepções acerca da utilização de estratégias de hipn parto durante a indução do parto. E para isso definiram-se os seguintes objetivos específicos: 1. Descrever as características sociodemográficas das primíparas; 2. Analisar as percepções das primíparas sobre a aplicação do hipn parto durante a indução do parto.

O estudo foi submetido à Comissão de Ética da Unidade de Investigação do IPS, tendo recebido parecer condicional (Anexo II). Por questões de limitação temporal associadas ao percurso formativo e entrega de relatório de estágio, não foi possível concretizar a colheita dados e restantes etapas do estudo de investigação delineado.

Contudo, considerou-se expor todo o planeamento desenvolvido.

2.2.2. Participantes do estudo

Foram definidos os critérios de inclusão e exclusão em relação às participantes do estúdio:

Critérios de inclusão:

- Grávidas primíparas com indução do parto programada e a quem foi aplicado o hipnoparto;
- Idiomas: espanhol, catalão e português;
- Idade superior a 18 anos, para reduzir fatores associados à adolescência;
- Disposição e consentimento informado para participar no estudo.

Critérios de exclusão:

- Grávidas múltiplas;
- Induções urgentes ou não programadas;
- Complicações obstétricas graves;
- Problemas de saúde mental, que possam interferir na perceção dos efeitos da aplicação do hipnoparto.

O tipo de amostragem utilizado frequentemente em investigações qualitativas é a amostra intencional que garante que os participantes possuem experiência diretamente relacionada ao fenómeno estudado (Patton, 2015). Por isso a amostra que se pretendia adotar seria intencional e por conveniência, constituída por mulheres primíparas que cumpriram os critérios e aceitaram participar no estudo. O tamanho da amostra não é definido a priori, mas seria determinado pelo princípio da saturação de dados, ou seja, a recolha de dados iria continuar até que novas participantes não acrescentassem informações diferentes ou relevantes para o estudo. Esta abordagem metodológica permite uma exploração aprofundada das experiências e perspetivas das puérperas (Patton, 2015; Vilelas, 2022).

2.2.3. Instrumento de colheita de dados e análise

Para a eleição do instrumento de colheita de dados consideraram-se como importantes facilitadores a flexibilidade temporal para as participantes, maior privacidade na resposta e acessibilidade digital.

As grávidas primíparas seriam identificadas durante as sessões de preparação para o parto, no sentido de poderem ser contactadas caso sujeitas a uma indução do parto programada. Pelo interesse na abordagem do hipnoparto, a investigadora realizou formação e durante o seu estágio, recorreu ao uso de material informativo sobre estratégias de hipnoparto (Apêndice IV) incluindo um áudio de hipnoparto e o seu guião escrito (Apêndice V) nos cuidados a mulheres durante a indução do parto. Pretendia-se, que após o parto, estas mulheres se constituíssem como potenciais participantes nas entrevistas semiestruturadas a ocorrerem por meio da plataforma Google Meet®, em datas e horários de preferência das participantes e com uma duração prevista entre 25-30 minutos.

O instrumento escolhido foi a entrevista semiestruturada, um instrumento amplamente aceite em estudos qualitativos contemporâneos (Braun & Clarke, 2022), tendo sido elaborado um guião de entrevista (Apêndice II). O guião da entrevista visa colher dados para explorar as perceções das mulheres primíparas face as estratégias do hipnoparto e identificar de que forma o hipnoparto contribui para uma experiência de parto positiva. Para isso, os dados a serem recolhidos seriam dados sociodemográficos e obstétricos, sobre o conhecimento das técnicas de hipnoparto, a perceção do processo de indução do parto, a vivência emocional e sensação de controlo e contributo percebido das técnicas aplicadas.

A obtenção do consentimento informado para a realização da entrevista impõe que o entrevistador assegure que as participantes compreendam plenamente os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo antes de decidirem participar. Seria, também, solicitada a gravação áudio das entrevistas. O consentimento seria obtido por escrito, com uma cópia fornecida às participantes, e incluía informações sobre o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para a participante (Apêndice III).

2.2.4. Tratamento dos dados

Para a análise dos resultados, pretendia-se recorrer à análise temática, seguindo o método de Braun e Clarke (2022), utilizado comumente em investigações em saúde materna e psicologia perinatal. A análise utilizaria as seis etapas propostas pelo método, começando pela familiarização com os dados para a posterior codificação inicial dos segmentos mais relevantes e o agrupamento destes códigos em temas para finalmente fazer uma revisão dos temas e construir uma narrativa final articulando a análise com a evidência da ScR e o Modelo de Adaptação de Roy.

Após a transcrição das entrevistas, seriam enviadas às participantes para revisão e confirmação, com vista à validação dos dados colhidos. Os dados seriam guardados pela investigadora, com o acesso bloqueado a outros. Pretendia-se, que após o término do estudo com um máximo de 3 anos, todo o material fosse destruído.

2.3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A prática de enfermagem está intrinsecamente ligada a princípios éticos e deontológicos que orientam a conduta profissional, garantindo cuidados seguros, humanizados e respeitadores da dignidade da pessoa. O estágio rege-se pelo O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) e o Regulamento do Exercício Profissional do

Enfermeiro [REPE] (OE, 2015), documentos normativos que definem os deveres, responsabilidades e limites da atuação profissional, incluindo-se também a área da investigação.

O Código Deontológico de Enfermagem (CDE) estabelece que o enfermeiro deve agir com respeito pelos direitos humanos, autonomia, privacidade, confidencialidade, equidade e justiça, colocando sempre a pessoa no centro do cuidado. Reforça ainda, a importância do consentimento informado, da prestação de cuidados com base no melhor interesse da pessoa cuidada e do dever de sigilo profissional (OE, 2015). Por sua vez, o REPE, define o exercício da enfermagem como uma atividade autónoma e responsável, que visa responder às necessidades de saúde da pessoa, família e comunidade. Este regulamento especifica o papel do enfermeiro na prestação de cuidados individualizados e integrados, bem como a sua responsabilidade na tomada de decisões clínicas fundamentadas, na melhoria contínua da qualidade dos cuidados e na defesa dos direitos dos cidadãos (OE, 2015).

No contexto específico da saúde materna e obstétrica, o EEESMO tem o dever ético e legal de prestar cuidados diferenciados à mulher em todas as fases do ciclo sexual e reprodutivo, com especial atenção à proteção dos direitos da mulher, do recém-nascido e da família. Este profissional deve também garantir a humanização dos cuidados, respeitar os valores culturais e espirituais da mulher, e promover a sua capacitação para a tomada de decisões informadas (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro).

No que se reporta ao estudo primário, em que se pretendia a colheita de dados a mulheres primíparas através da entrevista, o respeito pelos princípios éticos é fundamental, nomeadamente: respeito pelo consentimento livre e esclarecido; respeito pela vida privada e pela confidencialidade dos dados pessoais e das informações recebidas; respeito pela justiça e pela equidade; equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; diminuição dos inoportunos e potencialização dos benefícios (Fortin, Côté & Filion, 2009; Vilela, 2022). Assim, de forma a garantir a confidencialidade e anonimato das participantes, foi elaborado o consentimento livre e esclarecido (Apêndice III) a ser enviado antecipadamente a cada participante, e garantindo o esclarecimento de todas as dúvidas. A confirmação do consentimento, conduziria ao agendamento e concretização da entrevista, com gravação áudio (incluída no consentimento). Após término do estudo, os dados recolhidos das participantes e guardados pela investigadora do estudo, seriam eliminados.

Ciente que a obtenção do parecer favorável da Comissão de Ética é um procedimento essencial para garantir a conformidade com as normas éticas e institucionais, a falta desse parecer não permitiu o desenvolvimento do estudo, conforme

descrito anteriormente. Porém, considerou-se importante evidenciar toda a produção desenvolvida.

No presente relatório reforça-se ainda o meu compromisso com uma prática profissional fundamentada nos princípios do CDE e nas competências definidas pela OE, num caminho contínuo de aprendizagem e excelência para manter uma prática centrada na mulher, no recém-nascido e na família.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

O período de estágio é uma parte importante da formação de EESMO em que o objetivo principal é proporcionar contextos clínicos onde a mestranda possa desenvolver cuidados de enfermagem especializados de qualidade, seguros, eficazes e satisfatórios à grávida/parturiente/puérpera/feto/recém-nascido e mulher durante o climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, inserida na família e comunidade.

Neste capítulo é apresentada a análise crítica e reflexiva dos contextos clínicos onde decorreu o estágio e das experiências na prestação de cuidados que permitiram o desenvolvimento e aquisição de competências na área de especialização em ESMO.

No início da UC foi desenvolvido um Projeto Individual de Estágio (Apêndice I), onde se definiram os objetivos específicos de aprendizagem e as respetivas atividades a desenvolver, em cada contexto de estágio, tendo por base as orientações académicas desta UC, os referenciais normativos do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro e Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio) e os Padrões de Qualidade (OE, 2021).

O estágio foi realizado em diferentes serviços e instituições, nomeadamente: no Serviço de Obstetria Patológica e Consultas Externas de Alto Risco Obstétrico (ARO), no Serviço de Puerpério, no Bloco de Partos, no Serviço de Ginecologia e no Centro de Saúde. Todas as atividades práticas desenvolvidas foram recolhidas num documento de registo (Anexo III)

3.1. CARATERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

HOSPITAL EM REUS

Não existe evidência das origens do Hospital em Reus mas já existia em 1244. Ao longo dos séculos, cresceu e melhorou as suas instalações, desde a expansão da sua localização original. Durante séculos, o seu principal rendimento provinha de esmolas e donativos, e a sua administração era inicialmente exercida por cidadãos com cargos vitalícios e não remunerados. Este sistema foi mudado em 1784, quando foram incorporados representantes do Conselho Municipal.

Ao longo do século XIX, o hospital sofreu graves deficiências estruturais e financeiras, funcionando com poucas camas e em condições precárias. O século XX

trouxe consigo avanços significativos como os raios X, os laboratórios e um novo modelo de gestão. Durante o período pós-guerra, o hospital manteve-se operacional graças à ajuda privada e aos acordos com o governo provincial.

A verdadeira transformação do hospital começou em 1981 com a profissionalização da sua gestão e desde 1984, é um hospital de ensino. Atualmente, o Hospital em Reus é um centro de referência para várias regiões de Tarragona, especialmente em oncologia. Em setembro de 2010, o novo edifício do Hospital foi inaugurado e, desde junho de 2021, o centro faz parte da Entidade de Direito Público do Baix Camp.

O Hospital é dividida em 6 áreas diferenciadas por cores (A, B, C, D, E e F). As áreas de ginecologia e obstetrícia são as seguintes:

- Zona B (azul): Consultas externas. Andar 0.
- Zona C (verde): Hospitalização Ginecológica e Obstétrica. 2º andar.
- Zona D (amarela): Bloco Obstétrico. Andar -1.
- Zona F (vermelha): Emergências. Andar -1

Caraterização do serviço de obstetrícia patológica e consultas externas de alto risco obstétrico

Consultas externas de alto risco obstétrico

As consultas externas de ARO, localizadas no andar 0 (azul), são 3. Duas delas, equipadas com ecógrafo, são destinadas às consultas de vigilância dos obstetras. E uma, equipada com duas macas e dois monitores para o Registro Cardiotocográfico (RCTG) materno-fetal, para a realização de consultas de enfermagem que são conduzidas por uma enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica. As grávidas de baixo risco são provenientes do Centro de Saúde às 40 semanas de gravidez e as grávidas de ARO são derivadas antes das 40 semanas de gravidez para realizar o RCTG e comparecer à consulta do obstetra.

A agenda das Consultas Externas está organizada da seguinte forma:

De 9 à 10h são destinadas às grávidas de baixo risco que têm a sua primeira visita, ou seja, que ainda não realizaram nenhuma visita no Hospital, para preencher os seus dados na sua História Clínica. Neste período são citadas duas grávidas com os seus acompanhantes e as consultas são de 30 minutos.

De 10h a 12:30h são destinadas às grávidas que já tiveram a sua primeira visita, com o obstetra por ser de ARO ou com a enfermeira especialista, e que precisam de realizar o RCTG. Nesta consulta são atendidas duas grávidas sem acompanhante a cada 30 minutos (duração aproximada do RCTG). Os acompanhantes devem ficar fora da

consulta para preservar a intimidade das mulheres sendo que na consulta entram duas grávidas de uma vez.

A cada duas semanas, às quartas-feiras de 12 a 14h, é realizada pela enfermeira especialista de consultas externas uma sessão de boas-vindas às grávidas que pretendem parir no hospital, onde são apresentados o hospital e os seus protocolos. Na mesma sessão também é realizada educação para a saúde sobre a gravidez, o parto e o pós-parto.

Serviço de obstetrícia patológica

O serviço de Ginecologia e Obstetrícia situa-se na zona C (verde) do 2.º andar e engloba o internamento de Ginecologia e Obstetrícia, tanto do Serviço Materno-Fetal como do Serviço de Puerpério e Berçário. É composto por 26 quartos individuais, do 2059 ao 2085, equipados com muda fraldas e o material preciso para recém-nascidos.

O serviço de Ginecologia e Obstetrícia é formado por três enfermeiras, duas que distribuem as mulheres puérperas e uma no berçário que cuida dos recém-nascidos do serviço, além de duas auxiliares de enfermagem. Existe um armazém com todos os materiais necessários, um dispensário de medicamentos, um posto de controlo (localizado no meio do serviço), o berçário com o material necessário para cuidar dos bebés e uma sala de descanso. Apesar de ter um local físico chamado berçário, é importante salientar que os recém-nascidos ficam no quarto com as suas mães.

A enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia das consultas externas também está neste serviço algumas horas do seu turno. Das 8h às 9h, para realizar os RCTG nas grávidas de ARO internadas na unidade por causas como Ameaça de Trabalho de Parto Prematuro (APP), Rotura Prematura de Membranas (RPM), Pré-eclâmpsia, entre outras. Das 13h às 15h, é responsável por avaliar, acompanhar e dar apoio à amamentação das mulheres puérperas internadas.

Caraterização do serviço de puerpério

O serviço de Ginecologia e Obstetrícia situa-se na zona C (verde) do 2.º andar e engloba o internamento de Ginecologia e Obstetrícia, tanto do Serviço Materno-Fetal como do Serviço de Puerpério e Berçário. É composto por 26 quartos individuais, do 2059 ao 2085, equipados com muda fraldas e o material preciso para recém-nascidos.

O serviço de Ginecologia e Obstetrícia é formado por três enfermeiras, duas que distribuem as mulheres puérperas e uma no berçário que cuida dos recém-nascidos do serviço, além de duas auxiliares de enfermagem. Existe um armazém com todos os

materiais necessários, um dispensário de medicamentos, um posto de controlo (localizado no meio do serviço), o berçário com o material necessário para cuidar dos bebés e uma sala de descanso. Apesar de ter um local físico chamado berçário, é importante salientar que os recém-nascidos ficam no quarto com as suas mães.

Durante este período de estágio, a orientação foi dividida entre duas profissionais da equipa de enfermagem. Numa primeira fase, sob a supervisão de uma enfermeira generalista do serviço, terei uma carga horária de 75 horas, durante as quais irei acompanhar e prestar cuidados às mulheres puérperas aprofundando conhecimentos teóricos e práticos inerentes a esta fase do período pós-natal. Na segunda fase, igualmente com 75 horas de duração, estarei sob a orientação de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, com quem terei a oportunidade de desenvolver competências específicas nos cuidados ao recém-nascido, com especial enfoque na promoção, apoio e monitorização do aleitamento materno.

No início do estágio foi identificada, em articulação com a equipa clínica, a necessidade de realizar uma sessão formativa dirigida aos profissionais da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de Adultos do mesmo hospital (Anexo IV). Esta necessidade surgiu devido às dificuldades frequentemente experienciadas no cuidado a mulheres puérperas internadas naquele serviço, particularmente no que se refere à extração e conservação de leite materno. Considerando o impacto desta lacuna nos cuidados prestados, ficou definido que a referida sessão seria da minha responsabilidade, constituindo uma atividade educativa a planear e integrar no conjunto de objetivos do presente estágio.

Caraterização de bloco de partos

O Serviço de Bloco de Partos pertence ao Bloco Obstétrico, localizado na Zona D (amarela), piso -1, e funciona 24 horas por dia. É um espaço destinado ao acompanhamento da mulher durante o trabalho de parto, nascimento e cuidados imediatos ao recém-nascido, garantindo segurança, privacidade e conforto em todas as etapas do processo.

A equipa é composta por um ou dois médicos residentes de obstetrícia e um obstetra adjunto, duas enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, uma enfermeira de bloco operatório e uma auxiliar de enfermagem. Esta composição permite uma abordagem multidisciplinar e colaborativa, assegurando uma vigilância contínua e uma resposta rápida a situações de urgência obstétrica.

A unidade dispõe de uma infraestrutura moderna e bem equipada, constituída por:

- 7 salas de parto individuais, cada um equipado com cama de parto ajustável, iluminação regulável, berço aquecido e monitor fetal (RCTG) para vigilância materno-fetal contínua;
- 3 salas de triagem, onde se realiza a primeira avaliação e exploração da mulher grávida, equipadas com ecógrafo para a observação inicial e confirmação das condições obstétricas;
- 4 boxes de dilatação, utilizados para a fase inicial do trabalho de parto e observação de grávidas em processo de indução do parto;
- 2 boxes de urgências obstétricas, destinados à triagem e avaliação rápida de situações emergentes;
- 1 bloco operatório próprio para cesarianas, equipado com material de reanimação e monitorização avançada;
- 2 salas de reanimação neonatal, dotadas de incubadoras, ventiladores e sistemas de aspiração e oxigenação;

No Bloco Obstétrico existe a possibilidade de entrar um acompanhante, promovendo a presença do parceiro ou familiar durante o parto, conforme as boas práticas de humanização.

Cada sala de parto foi projetada para favorecer a mobilidade e o conforto da mulher, permitindo a utilização de técnicas não farmacológicas de alívio da dor, como o uso de banheira de parto disponível numa das salas, óxido nítrico, bola de parto, banquetas, massagem, música e técnicas de respiração e relaxamento. Estes recursos contribuem para a promoção do parto fisiológico e da autonomia da mulher, em consonância com as recomendações da OMS (WHO, 2018), que reforçam a importância de ambientes acolhedores e de cuidados centrados na mulher.

A dinâmica do serviço é organizada de forma integrada com o Serviço de Puerpério e a Unidade Neonatal, assegurando a continuidade dos cuidados desde a admissão até ao pós-parto imediato. A mulher é inicialmente avaliada na triagem, onde é feita a admissão clínica, e a avaliação obstétrica e é transferida para a box de dilatação para o RCTG. Após a definição do plano de parto e a avaliação da fase de dilatação, é encaminhada para a sala de partos, onde permanece acompanhada até ao nascimento.

Após o parto e a estabilização do recém-nascido, a díade mãe-bebé permanece em vigilância na sala de partos, promovendo o contacto pele a pele precoce e o início da amamentação, antes de ser transferida para o serviço de Puerpério. Este modelo de funcionamento reflete uma prática integrada e centrada na mulher, que valoriza a humanização, a segurança e a excelência técnica no cuidado ao nascimento.

SERVIÇO DE ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

O Serviço de ASSIR de Lleida é parte de uma rede pública de atenção a comunidade do sistema sanitário da Catalunha. A sua missão é oferecer uma atenção integral, acessível e baseada na evidencia científica no âmbito da saúde sexual e reprodutiva (Institut Català de la Salut, 2023).

O ASSIR conta com uma estrutura multidisciplinar composta por EEESMO, médicos obstetras e ginecologistas, auxiliares de enfermagem e profissionais administrativos. Esta organização permite uma atenção coordenada e pessoalizada, garantindo a continuidade assistencial ao longo do ciclo reprodutivo (Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2022).

Às consultas são desenvolvidas em espaços adaptados e equipados com material clínico preciso para explorações ginecológicas e obstétricas, recolha de amostras e atividades educativas grupais seguindo as recomendações da OMS sobre atenção integral e positiva ao parto (World Health Organization [WHO], 2018).

- Consulta de Vigilância da Gravidez: acompanhamento da mulher grávida durante às diferentes fases da gravidez, avaliando parâmetros, bem-estar materno e fetal e aspetos emocionais.
- Consulta preventiva: realização de citologias cervicais e recolha de amostras para a deteção do Vírus do Papiloma Humano (VPH), dentro do programa de Rastreo Populacional de Cancro de Colo de Útero, para a deteção precoce e prevenção de patologias ginecológicas.
- Tarde Jovem: consulta dirigida a jovens até os 25 anos e sem agendamento. A consulta é centrada na promoção da saúde sexual e reprodutiva e inclui aconselhamento sobre métodos de contraceção, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) – recolha de esfregaços vaginais e amostras para IST – assim como também orientação sobre dismenorria ou outras inquietudes relacionadas com a adolescência (ICS, 2023).
- Aulas de preparação ao nascimento: aulas grupais baseadas na importância do acompanhamento emocional e educativo assim como também do condicionamento físico da etapa de transição a maternidade. São oferecidas sessões semanais de duas horas para mulheres e acompanhantes, sendo a primeira de exercício físico e a segunda de teoria.

3.2. REFLEXÃO ESPECÍFICA DE CADA CONTEXTO DE ESTÁGIO

Serviço de obstetrícia patológica e consultas externas de alto risco obstétrico

O estágio foi realizado no Serviço de Obstetrícia Patológica e nas Consultas Externas de ARO do Hospital em Reus, Catalunha, Espanha. O estágio teve uma carga horária de 150 horas no período cumprido entre 15 de Novembro de 2024 e 20 de Dezembro de 2024.

O acompanhamento foi realizado por uma equipa multidisciplinar, composta por obstetras, enfermeiros especialistas e outros profissionais de saúde, garantindo um atendimento holístico e centrado na pessoa.

A gravidez de alto risco exige cuidados especializados, pois envolve condições que podem comprometer a saúde da mãe, do feto ou de ambos. Para garantir a segurança e o bem-estar da grávida e do bebé, é fundamental um acompanhamento rigoroso ao longo da gestação, especialmente em casos em que fatores como doenças pré-existentes, idade avançada, gravidez múltipla ou histórico de complicações obstétricas estão presentes (Serviço Nacional de Saúde [SNS24], 2023). No contexto do sistema de saúde português e também espanhol as consultas externas de ARO desempenham um papel fundamental na monitorização da saúde materna e fetal, permitindo a intervenção precoce e a implementação de estratégias preventivas e terapêuticas adequadas. Também são tomadas decisões clínicas importantes, como o planeamento da indução do parto, as grávidas enfrentam múltiplos desafios físicos, emocionais e sociais que requerem apoio profissional focado nas suas necessidades de adaptação.

Na perspetiva da enfermagem e em contexto da temática selecionada para à componente de investigação: Hipnoparto como estratégia para uma experiência de parto positiva em contexto de indução do parto, o Modelo de Adaptação de Roy (Roy & Andrews, 2001) oferece uma estrutura teórica relevante para compreender como as mulheres processam e respondem a estes estímulos no ambiente clínico. Neste contexto, há necessidade de explorar estratégias que promovam uma experiência de parto positiva e humana, mesmo em situações que envolvam intervenções médicas, como no caso da indução do parto.

Análise reflexiva sobre o processo de aquisição de competências no serviço de obstetrícia patológica e consultas externas de alto risco obstétrico:

A integração no Serviço de Obstetrícia Patológica e Consultas Externas de ARO constituiu o primeiro contacto clínico do presente recorrido formativo e representou uma etapa-chave para o desenvolvimento de competências especializadas na vigilância materno-fetal, na tomada de decisões clínicas fundamentadas e na gestão do cuidado em contextos de maior complexidade. A equipa de enfermeiras especialistas juntamente com a coordenadora facilitou enormemente a inserção na equipa e a compreensão da estrutura organizativa do serviço, dos circuitos assistenciais e dos protocolos institucionais o que favoreceu uma rápida adaptação ao ambiente clínico, permitindo uma atuação autónoma, mas integrada na equipa multidisciplinar, como recomendado nos modelos de formação em enfermagem especializada (Nogueira et al., 2020).

A aquisição de competências técnicas como as Manobras de Leopold, a avaliação de altura uterina e colocação dos dispositivos de monitorização cardio-tocográfica, assim como a interpretação do Registo Cardio-TocoGráfico (RCTG) baseada na Guia de Monitorização Fetal Intraparto Baseada na Fisiopatologia (Chandharan et al., 2018) permitiu consolidar competências técnicas específicas do EEESMO. Na consulta foi recorrente encontrar padrões que requeriam a mobilização da mulher ou a estimulação acústica fetal para aumentar a variabilidade do registo da frequência cardíaca fetal. Além disso, foram encontrados em alguns registos padrões de taquicardia fetal em que as mulheres eram reencaminhadas para as urgências obstétricas. Não se teve a oportunidade de presenciar nenhum padrão considerado mais grave como a bradicardia, ainda assim se tinha conhecimento da atuação a realizar nesses casos, e da medicação precisa (Ritodrina) e como prepará-la. O desenvolvimento do raciocínio clínico através da identificação precoce de sinais de alerta, reforçou a capacidade de atuação segura e baseada na evidencia. Este processo progressivo de autonomia alia-se com o perfil de competências definido pela OE, que destaca a responsabilidade clínica, a tomada de decisões e a prática reflexiva como pilares do exercício especializado (OE, 2019a).

Paralelamente, este contexto favoreceu o desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais com a equipa de obstetrícia e com a mulher, essenciais na assistência de saúde a mulheres com gravidez de alto risco e para garantir a continuidade dos cuidados. A escuta ativa, a validação emocional e a oferta de apoio psicológico permitiram promover uma relação terapêutica baseada na confiança, reforçando o enfoque centrado na mulher e o respeito pela sua dignidade e autonomia (OE, 2021).

A participação em atividades de educação para a saúde dirigidas a mulheres grávidas, em especial as sessões de boas-vindas às grávidas que pretendem parir no hospital, onde eram apresentados os protocolos do hospital e também realizada educação para a saúde sobre a gravidez, o parto e o pós-parto, permitiu desenvolver

competências pedagógicas e de liderança, reconhecendo a educação terapêutica como uma intervenção essencial do EEESMO para a promoção da autonomia, a autoeficácia e a humanização dos cuidados (Nogueira et al., 2020; OE, 2019b).

Todos os cuidados prestados foram baseados nos princípios éticos e legais do Regulamento n.º 140/2019, garantindo a confidencialidade o consentimento informado e o respeito pela dignidade da mulher e da família. Nesse contexto, foram identificadas situações organizativas que suscitaram uma reflexão ética mais profunda, concretamente na realização da monitorização cardio-tocográfica a duas mulheres, de forma simultânea, o que implicava a exclusão do acompanhante com o objetivo de preservar a intimidade. Perante esta realidade, foi criado um espaço de reflexão com a equipa de enfermagem que contribuiu para o desenvolvimento de uma consciência ética mais crítica e reforçou o papel da EEESMO como defensora dos direitos das mulheres, promotora de cuidados humanizados e agente ativa na identificação de oportunidades de melhoria na organização dos serviços.

A participação em propostas de melhoria de protocolos clínicos e a utilização de prática baseada na evidência para fundamentar as decisões clínicas assim como também a autoavaliação contínua das aprendizagens foi completamente necessária para a evolução das competências técnicas e éticas durante o período de estágio e para reforçar a minha identidade profissional como futura EEESMO.

Serviço de puerpério

Este período foi realizado no Serviço de Puerpério do Hospital em Reus, na Catalunha, Espanha. O estágio teve uma carga horária de 150 horas, decorrendo entre os dias 7 e 31 de janeiro de 2025. O acompanhamento foi assegurado por uma equipa multidisciplinar, composta por obstetras, enfermeiros, enfermeiros especialistas e outros profissionais de saúde, garantindo assim um atendimento holístico e centrado na pessoa.

O período do puerpério constitui uma fase crítica na vida da mulher e da família, caracterizando-se por intensas transformações físicas, emocionais e sociais. Durante este período, a mulher enfrenta o desafio da recuperação física pós-parto, o início da amamentação, a ligação com o bebé, e a readaptação ao seu papel familiar e social, sendo essencial um acompanhamento especializado, empático e contínuo.

A atuação do EEESMO no puerpério é fundamental para promover a saúde materna e neonatal, prevenir complicações, identificar precocemente sinais de alarme e apoiar a mulher e a família na construção de uma experiência positiva e segura. O apoio

ao aleitamento materno, o acompanhamento do bem-estar emocional e a educação para os cuidados com o recém-nascido são pilares fundamentais dos cuidados nesta etapa (Bulechek et al., 2022; Ministério da Saúde, 2021).

Na perspetiva da enfermagem e em contexto da temática selecionada para a componente de investigação: Hipnoparto como estratégia para uma experiência de parto positiva em contexto de indução do parto, o Modelo de Adaptação de Roy (Roy & Andrews, 2001) oferece uma estrutura teórica relevante para compreender como as mulheres processam e respondem a estes estímulos no ambiente clínico. Deste modo, revela-se pertinente analisar de que forma estratégias implementadas durante o trabalho de parto, como o hipnoparto, podem repercutir-se positivamente no período pós-natal, favorecendo uma recuperação física e emocional mais equilibrada, promovendo o bem-estar materno e contribuindo para uma adaptação mais eficaz às exigências do puerpério.

Análise reflexiva sobre o processo de aquisição de competências no serviço de puerpério

O período de estágio no Serviço de Puerpério permitiu aprofundar no desenvolvimento de competências relacionadas com o acompanhamento integral da mulher e da família no período pós-natal. Este contexto favoreceu a consolidação de uma prática autónoma e segura na vigilância clínica, ao tempo que permitiu centrar a aprendizagem em competências específicas do EEESMO, como o apoio emocional, a promoção da vinculação entre mãe e bebé e a adaptação dos cuidados às necessidades biopsicossociais de cada mulher (OE, 2021).

A experiência prévia como enfermeira generalista num serviço de puerpério facilitou a rápida autonomia na avaliação sistemática da puérpera, permitindo orientar o processo formativo ao desenvolvimento de competências especializadas. A vigilância da involução uterina e perdas hemáticas, o controlo da dor, a deteção precoce de complicações e a educação para o autocuidado realizaram-se desde uma perspetiva reflexiva e fundamentada, reforçando a responsabilidade profissional e a segurança dos cuidados, tal e como é estabelecido nos padrões de qualidade do EEESMO (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021).

A intervenção no puerpério evidenciou a importância das competências relacionais e éticas particularmente em situações de maior vulnerabilidade emocional. A presença profissional, a escuta ativa e o respeito pelos ritmos individuais de adaptação reforçaram uma prática humanizada e centrada na mulher em consonância com os princípios de qualidade em cuidados de enfermagem especializada (OE, 2019a).

O acompanhamento ao aleitamento materno constituiu um eixo central no desenvolvimento de competências do EEESMO. A intervenção especializada em correção da técnica e posicionamento do bebé, a prevenção de complicações e o respeito pelas decisões informadas da mulher permitiu consolidar competências específicas de promoção do aleitamento materno e apoio da parentalidade, integrando o conhecimento técnico com uma atitude não diretiva e centrada na mulher (WHO, 2018).

O cuidado ao recém-nascido também constitui um eixo relevante no desenvolvimento de competências clínicas e relacionais durante este período. A realização autónoma dos cuidados básicos ao recém-nascido sano, assim como dos programas de *Screening Neonatal*, incluindo o teste do pezinho, o rastreio de cardiopatias congénitas e a extração de amostras para análise, permitiu consolidar competências técnicas específicas, reforçando a segurança clínica e o cumprimento de programas de prevenção e deteção precoce. A oportunidade de adquirir competências na realização do rastreio auditivo neonatal ampliou a visão abrangente dos cuidados ao recém-nascido, promovendo uma intervenção precoce e coordenada dentro do sistema de saúde.

Simultaneamente, este contexto permitiu uma compreensão mais profunda das competências relacionais do EEESMO na interação parental e no estímulo da parentalidade positiva e o fortalecimento do vínculo inicial. A integração da dimensão técnica e afetiva nos cuidados ao recém-nascido destacou a importância do apoio à família numa perspetiva holística, facilitando a confiança dos pais, a adaptação ao novo papel e o reconhecimento do recém-nascido como sujeito ativo do cuidado, em consonância com os princípios da enfermagem materno-infantil especializada (Ordem dos Enfermeiros, 2019; Organização Mundial de Saúde, 2018).

A planificação e dinamização de uma sessão formativa (Anexo IV) sobre extração e conservação do leite materno dirigida a profissionais da Unidade de Cuidados Intensivos de Adultos, durante o início do estágio foi preparada a sessão tendo em conta as necessidades e os recursos da UCI de Adultos, foi feita uma pesquisa bibliográfica e preparado o material educativo, com vídeos e uma apresentação em PowerPoint (Apêndice VI). A sessão foi recebida com interesse e gratidão e os profissionais do serviço recalçaram a importância da sessão para a melhoria da sua prática assistencial e o impacto positivo nos cuidados das puérperas na UCI. Esta experiência reforçou a relevância do desenvolvimento de competências de liderança, gestão do conhecimento e melhora contínua da qualidade. Esta intervenção reforçou o papel do EEESMO como agente de mudança e formador nas organizações de saúde, capaz de identificar necessidades emergentes de formação e promover práticas baseadas na evidência,

contribuiu para a aquisição de competências transversais do EEESMO na continuidade de cuidados em contexto não obstétricos (Nogueira et al., 2020; Raile, 2022).

No seu conjunto este período de estágio permitiu consolidar uma visão integral do puerpério, reconhecendo a importância do trabalho em rede, a comunicação interdisciplinar e a continuidade assistencial como pilares para a qualidade e a segurança nos cuidados.

Serviço de bloco de partos

Este período de estágio decorreu no Serviço de Bloco de Partos do Hospital em Reus, Catalunha, Espanha, entre 7 de fevereiro e 18 de agosto de 2025, com uma pausa no mês de maio por razões internas do serviço. Teve uma carga horária total de 500 horas e proporcionou uma oportunidade ímpar de aprendizagem num contexto clínico altamente exigente e enriquecedor.

O acompanhamento à mulher durante o trabalho de parto e no nascimento do bebé possibilita a integração dos conhecimentos teóricos com a prática clínica, promovendo uma atuação fundamentada, empática e humanizada. Este contexto desafia o estudante a responder com segurança e sensibilidade às diferentes situações que emergem — desde partos fisiológicos até contextos de urgência obstétrica — exigindo capacidade de adaptação, comunicação eficaz, tomada de decisão clínica e gestão emocional. Cada parto é uma experiência única, onde o enfermeiro deve equilibrar a técnica com a empatia e o respeito pela individualidade da mulher e da sua família.

O EEESMO desempenha um papel fundamental em todo o processo de parto, desde a admissão da mulher até à sua transferência para o serviço de puerpério com o bebé nos braços. A sua atuação inicia-se com a avaliação global da mulher, incluindo a análise do bem-estar materno-fetal, antecedentes obstétricos e condições clínicas atuais. Durante o trabalho de parto, o EEESMO assegura a vigilância contínua, aplica técnicas de alívio da dor, orienta a mulher e o acompanhante, promove o respeito pelas preferências individuais e garante uma comunicação clara e segura com a equipa multidisciplinar. Após o nascimento, é responsável pela avaliação inicial do recém-nascido, pela promoção do contacto pele a pele e pelo incentivo à amamentação precoce, assegurando a transição suave para o puerpério. De acordo com a OMS (OMS, 2023), a presença contínua de profissionais qualificados durante o parto contribui significativamente para a redução da mortalidade materna e neonatal, reforçando o papel essencial do enfermeiro especialista na prestação de cuidados seguros e humanizados.

No contexto da investigação associada ao presente estágio — Hipnoparto como estratégia para uma experiência positiva em contexto de indução do parto —, o Modelo de Adaptação de Callista Roy (Roy & Andrews, 2001) oferece uma estrutura teórica adequada para compreender as respostas adaptativas da mulher perante os estímulos físicos e emocionais do trabalho de parto. O hipnoparto, através de técnicas de relaxamento, respiração consciente e visualização positiva, permite que a mulher mantenha a calma, reduza o medo e perceba o parto como uma experiência natural e empoderadora. Esta abordagem auxilia na diminuição da dor e da ansiedade, favorecendo uma maior libertação de oxitocina e o progresso fisiológico do parto. No serviço de Bloco de Partos do Hospital em Reus, as induções do parto são procedimentos realizados diariamente, o que reforça a relevância de explorar estratégias não farmacológicas que possam melhorar a vivência das mulheres submetidas a este processo. O hipnoparto, portanto, revela-se uma ferramenta valiosa para promover experiências de parto mais positivas, mesmo em contextos de maior intervenção médica, contribuindo para uma prática de enfermagem baseada na evidência e centrada na mulher.

Análise reflexiva sobre o processo de aquisição de competências no bloco de partos

O período de estágio no Bloco de Partos representou o núcleo central do processo formativo e constituiu o contexto de maior impacto na consolidação de competências clínicas avançadas, éticas e relacionais próprias do EEESMO. O período representou também a concretização de um objetivo profissional, e o cumprimento de um sonho. Este cenário de elevada complexidade e exigência permitiu integrar de forma profunda os conhecimentos teóricos com a prática clínica, favorecendo a atuação progressivamente autónoma, segura e reflexiva.

A fase inicial de integração esteve marcada pela observação ativa e a compreensão da dinâmica assistencial, dos protocolos institucionais e da gestão do risco obstétrico. Esta etapa permitiu desenvolver competências de análise crítico e autorregulação emocional, fundamentais para uma prática profissional segura em contextos de alta pressão, como descritos nos marcos de competências do EEESMO (OE, 2019).

Com o avance do estágio, a participação ativa na vigilância materno-fetal e o apoio físico e emocional durante o trabalho de parto, favoreceu o desenvolvimento do raciocínio clínico e da tomada de decisões fundamentadas. A realização de avaliações contínuas e da progressão do parto, a interpretação dos RCTG e a deteção precoce de

deviações da normalidade permitiram consolidar competências técnicas avançadas, reforçando a capacidade de atuação autónoma sob supervisão indireta (OE, 2019).

Com a formação prévia como educadora pré-natal em hipnoparto (Anexo I) a aplicação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor constituiu um elemento diferenciador na prática desenvolvida. A utilização de técnicas de respiração, relaxamento, mobilização, hidroterapia e recursos sensoriais, integradas nas estratégias de hipnoparto, permitiram promover o protagonismo da mulher, respeitar a fisiologia do parto e favorecer experiências de nascimento mais positivas, incluindo contextos de indução do parto (WHO, 2018).

A realização de partos fisiológicos sob supervisão indireta representou um marco significativo na consolidação da identidade profissional enquanto EEESMO. Além disso, a participação em partos instrumentais e cesarianas reforçou a compreensão da continuidade dos cuidados e a importância da colaboração interdisciplinar para garantir a segurança materna e fetal. No pós-parto imediato a vigilância do bem-estar materno e o controlo de hemorragias e avaliação do períneo com a aprendizagem de perineorrafias e episiorrafias permitiu integrar as competências técnicas com a presença empática, a comunicação terapêutica e o respeito pelas preferências expressas no plano de parto (OE, 2019).

A vigilância do recém-nascido no pós-parto imediato permitiu consolidar competências relacionadas com a prevenção de complicações, a promoção do contacto pele à pele e o início precoce de aleitamento materno reforçando uma visão holística do binómio mãe-filho. Este período evidenciou a necessidade de integrar a dimensão técnica com a ética do cuidado e a humanização da assistência de saúde (OE, 2019).

O desenvolvimento de raciocínio crítico desenvolvida no Bloco de Partos permitiu gerir a incerteza, superar o medo inicial ao erro e fortalecer progressivamente a autonomia profissional. A tomada de decisões fundamentada e a atuação e prestação de cuidados com responsabilidade ética foram cruciais para a consolidação de competências clínicas e éticas essenciais para o exercício responsável do EEESMO (Benner, 2001; Raile, 2022).

Centro de Saúde

Este período foi realizado no Serviço de Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva (ASSIR), de Lleida, Catalunha, Espanha. O estágio teve uma carga horária de 150 horas, decorrendo entre os dias 8 de Setembro e 10 de Outubro de 2025. O acompanhamento foi assegurado por uma equipa de EEESMO em contacto mediante derivações com uma

equipa multidisciplinar, composta por obstetras, outros enfermeiros especialistas e outros profissionais de saúde, garantindo assim um atendimento especializado dirigido à promoção, prevenção e atenção integral da saúde sexual e reprodutiva das mulheres na comunidade.

O ASSIR oferece um espaço assistencial e educativo orientado a acompanhar às pessoas nas diferentes etapas da vida reprodutiva, fomentando à autonomia, a tomada de decisões informadas e o bem-estar físico, emocional e social. Nesse contexto, o papel do EEESMO é fundamental, pois a sua prática combina competências clínicas avançadas com uma visão holística do cuidado, desde a vigilância da gravidez até o puerpério tardio, assim como também na prevenção de patologias ginecológicas, educação sexual e preparação para o nascimento e a maternidade e parentalidade (Orchard et al., 2023).

Na perspetiva da enfermagem e em contexto da temática seleccionada para a componente de investigação: Hipnoparto como estratégia para uma experiência de parto positiva em contexto de indução do parto, o Modelo de Adaptação de Callista Roy (Roy & Andrews, 2001) oferece uma estrutura teórica relevante para compreender como as mulheres processam e respondem a estes estímulos na comunidade também. A gravidez existe um processo de transformação física, emocional e social que experimenta a mulher durante a transição para a maternidade chamado matrescência. Este processo vai ajudar a mulher a desenvolver novas capacidades de adaptação, vinculação e autoconhecimento (Athan et al., 2024). A EEESMO tem um papel primordial promovendo o equilíbrio entre todas estas mudanças facilitando recursos como a educação maternal com hipnoparto para favorecer uma experiência de parto mais consciente e positiva.

Análise reflexiva sobre o processo de aquisição de competências no centro de saúde

O período de estágio no Centro de Saúde no ASSIR permitiu ampliar a perspetiva sobre uma prática comunitária orientada a promoção e prevenção de saúde, promovendo uma continuidade de cuidados ao longo do ciclo reprodutivo da mulher. Este contexto facilitou o desenvolvimento de competências educativas, comunicacionais e organizativas próprias do EEESMO na comunidade para uma boa transição entre o contexto hospitalar e comunitário.

A participação nas consultas de vigilância da gravidez permitiu integrar a avaliação física com a dimensão emocional e social da mulher, reforçando a prática centrada na pessoa. A educação para saúde, a promoção do autocuidado, a identificação de sinais de alerta e a preparação física e emocional para o parto evidenciaram o papel

do EEESMO como facilitador de processos de adaptação e empoderamento, competências chave no âmbito comunitário (OE, 2019).

A participação e dinamização das sessões de preparação para o parto e educação para o puerpério permitiu consolidar competências pedagógicas e de planificação, assim como integrar as estratégias de hipnoparto como a preparação mental, respiração e meditação. Estas intervenções reforçaram a convicção de que a promoção de experiências de parto positivas se inicia na comunidade, através de uma educação respeitosa e baseada na evidência (WHO, 2018).

O contexto comunitário permitiu desenvolver competências clínicas e comunicacionais no âmbito de saúde sexual e reprodutiva. A participação em consultas de interrupção voluntária da gravidez, da prevenção e atenção a população jovem favoreceu a aquisição de maior segurança na realização de citologias e no aconselhamento sobre IST, contraceção, dismenorreia e menopausa. Estas experiências puseram de manifesto a importância de criar espaços de confiança e de comunicação livre de juízos, especialmente com população jovem, como base para a educação sexual preventiva eficaz e centrada na mulher (OE, 2019).

A participação em atividades de formação e o trabalho de gestão do tempo em consulta contribuíram para o desenvolvimento de competências de autorregulação, organizacional e profissional, essenciais para uma prática eficiente e segura no contexto comunitário (Raile, 2022).

O estágio no Centro de Saúde reforçou a consciência da responsabilidade de organização e avaliação dos programas de saúde pública para a promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção de graves problemas de saúde, pilares fundamentais da qualidade assistencial e da segurança das mulheres e famílias.

3.3. REFLEXÃO GLOBAL SOBRE O ESTÁGIO

O percurso formativo desenvolvido ao longo dos diferentes contextos de estágio permitiu consolidar progressivamente e integrar as competências clínicas, relacionais, éticas e reflexivas definidas no Regulamento n.º 140/2019 e no Regulamento n.º 391/2019 da OE.

A adaptação as distintas dinâmicas de equipa e à natureza das intervenções e necessidades das utentes, e graças a isso em cada etapa foram atingidas novas aprendizagens e reforçadas às anteriores

A progressão desde as fases iniciais, centradas na observação e o desenvolvimento de segurança nas técnicas até a evolução gradual no desempenho autónomo e sustentado

nos princípios éticos-deontológicos da profissão foi acompanhada de um processo de autorreflexão contínua, para identificar fragilidades, reformular estratégias e reconhecer a importância da aprendizagem experiencial essencial para o crescimento profissional.

As diversas realidades clínicas ofereceram uma visão global e articulada do continuum de cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica (ESMO) desde a prevenção e promoção da saúde até a intervenção especializada no contexto hospitalar. Em todo o percurso foi reforçada a convicção de que o papel da EEESMO não se limita a execução de técnicas específicas, envolve muito mais, envolve uma presença ativa, empática e transformadora em todos os momentos do ciclo reprodutivo da mulher e da família.

O percurso do estágio constitui uma experiência profundamente transformadora, tanto a nível profissional como pessoal. Implicou enfrentar momentos de tensão e vulnerabilidade emocional e exigiu de mim um constante equilíbrio entre racionalidade e sensibilidade humana.

Do ponto de vista crítico, reconhecem-se momentos em que as limitações de tempo ou a carga de trabalho dificultaram a plena aplicação das boas práticas de humanização. Essas situações despertaram reflexões éticas mais profundas sobre o papel da EEESMO enquanto defensora da dignidade da mulher e da família.

Outro aspeto marcante no início deste percurso foi o receio de errar e a necessidade de validação constante que condicionavam a fluidez das minhas decisões. A consolidação da autonomia e a confiança profissional foi construída no tempo, com a tomada de decisões fundamentadas e a reflexão crítica. Tudo isto constituiu uma oportunidade de aprendizagem e crescimento que foi potenciada pelo contacto com as equipas multidisciplinares de elevado nível técnico e humano que me acompanharam e ensinaram a importância da humildade, da comunicação e da colaboração entre profissionais.

Em suma, a realização deste percurso formativo representou não apenas o cumprimento de um requisito académico, mas a construção de uma identidade profissional baseada na responsabilidade, na autonomia e na prática reflexiva.

Enquanto futura EEESMO, assumo o desafio de crescer, de valorizar a aprendizagem e a inovação e de questionar, mantendo sempre como eixo central o respeito pelos verdadeiros protagonistas do cuidado em enfermagem materna e obstétrica: a família, o recém-nascido e, principalmente, a mulher.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório de estágio constituiu uma etapa fundamental do percurso formativo enquanto futura EEESMO, permitindo refletir de forma aprofundada sobre o papel do EEESMO e sobre a importância de garantir cuidados centrados na mulher, na família e na promoção de experiências de parto positivas. Este trabalho reforçou a necessidade de integrar conhecimento científico, pensamento crítico, empatia e escuta ativa na prática clínica, competências essenciais para o exercício profissional responsável e humanizado.

Os resultados do estudo evidenciam que a indução do parto, frequentemente percebida como um processo medicalizado e gerador de incerteza, pode ser vivida de forma positiva quando acompanhada por informação clara, suporte emocional adequado e acesso a ferramentas de gestão, como o hipnoparto.

Neste contexto, o papel do EEESMO revela-se essencial. A escuta ativa, a presença contínua, a comunicação respeitosa e a validação das emoções da mulher surgem como elementos determinantes na qualidade da experiência de parto. A prática centrada na mulher, preconizada pelas recomendações nacionais e internacionais, reforça que os cuidados humanizados são um componente central da segurança clínica e do bem-estar emocional.

O Modelo de Adaptação de Roy mostrou-se especialmente útil para interpretar como as mulheres reorganizam as suas respostas fisiológicas, emocionais e sociais perante o desafio da indução do parto. Nesta perspetiva, o hipnoparto pode ser entendido como uma estratégia de enfrentamento cognitivo que facilita a adaptação e contribui para a vivência de um parto mais consciente e positivo.

Com a programação de um estudo primário, pretendia-se uma compreensão mais aprofundada da utilidade do hipnoparto em contextos de indução do parto e destaca-se como importante para futuras investigações de estratégias que reforcem o empoderamento, a autonomia e o bem-estar das mulheres durante o processo de parto.

O conhecimento adquirido ao longo deste trabalho inspira e orienta a minha futura prática profissional enquanto EEESMO, reforçando o compromisso com cuidados baseados na evidência, sensíveis às necessidades emocionais da mulher e promotores de experiências de parto verdadeiramente positivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, E. D., & Bianchi, A. L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(1), 106–115. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00213.x>

Ahedo Martínez, J. C. (2000). El modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, con ejemplos de aplicación y dificultades. *Cuidarte*, (7–8). <https://doi.org/10.14198/CUID.2000.7-8.17>

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

Athan, A., Henshaw, C., Horowitz, J. A., & Brockington, I. (2024). A critical need for the concept of matrescence in perinatal psychiatry. *Archives of Women's Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-024-01377-9>

Bajo-Arenas, J., Melchor-Marcos, J., & Mercé, L. (2007). *Fundamentos de obstetricia*. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

Batista, A. (2020). *Hypnobirthing e preparação emocional para o parto*. Editora Saúde e Família.

Batista, E. (2020). *Hipn parto: Nacer en grande*. Independently Published.

Beira-Salvador, P., Aneiros-Campos, Y., González-Seoane, R., & Veiga-Tuimil, M. A. (2022). Eficacia y seguridad del misoprostol vaginal comparado con dinoprostona en maduración cervical e inducción del parto. *Ginecología y Obstetricia de México*, 90(11), 893–900. <https://doi.org/10.24245/gom.v90i11.8072>

Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>

Braun, V., & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2022). *Nursing interventions classification (NIC)* (8th ed.). Elsevier.

Campiño-Valderrama, S., & Duque, D. (2016). Procesos de afrontamiento y adaptación en el modelo de Roy. *Revista de Ciencias de la Salud*, 14(2), 177–189.

Castellanos-Villegas, A. E., Hernández-García, J. D., & Vázquez-Martínez, E. R. (2023). Papel de las hormonas progesterona, estradiol y oxitocina en la función del miometrio durante el embarazo y el trabajo de parto. *Perinatología y Reproducción Humana*, 37(1), 31–38. <https://doi.org/10.24875/PER.22000013>

Chandrarahan, E., Evans, S.-A., Krueger, D., Pereira, S., Skivens, S., & Zaima, A. (2018). *Guía de monitorización fetal intraparto basada en fisiopatología* (A. Gràcia Pérez-Bonfils, Trad.). Physiological-CTG.com. <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2021/09/Guía-de-monitorización-fetal-intraparto-basada-en-fisiopatología.pdf>

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4th ed.). SAGE Publications.

Decreto-Lei n.º 65/2018, Diário da República, Série I, n.º 157 (2018). <https://dre.pt>

Dick-Read, G. (1954). *Childbirth without fear: The principles and practice of natural childbirth* (3rd ed.). William Heinemann.

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Regulamento n.º 391/2019 – Perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 68, 5 de abril de 2019.

Direção-Geral do Ensino Superior. (s.d.). *Quadro Europeu de Qualificações (QEQ/EQF)*. https://www.dges.gov.pt/pt/quadro_qualificacoes

Edianez, M., López, D., & Suárez, C. (2012). Teoría de sistemas y adaptación en enfermería. *Revista Cuidarte*, 3(1), 34–40.

Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6th ed.). SAGE Publications.

Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

García, E. X. G., & Torres, N. A. C. (2023). Aplicación del modelo de Callista Roy como herramienta de adaptación al estrés. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 1832–1854. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-145>

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. (2022). *Guia d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR): Línies d'actuació en atenció primària*. Servei Català de la Salut.

Gobierno Vasco. Servicio Central de Publicaciones. (2010). *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal* (1.ª ed.). <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/guiaPracticaClinicaParto.pdf>

Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5), S160–S172. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.121141>

- Hospital ~~Universitari Sant Joan de Reus~~. (s.d.). *Història de l'Hospital*. <https://www.hospital.santjoan.cat>
- Institut Català de la Salut. (2023). *ASSIR – Atenció a la salut sexual i reproductiva*. Generalitat de Catalunya. <https://ics.gencat.cat/ca/assistencia/assir/>
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation* (2nd ed.). University of Chicago Press.
- Marín Morales, D., Bullones Rodríguez, M. Á., Carmona Monge, F. J., Carretero Abellán, M. I., Moreno Moure, M. A., & Peñacoba Puente, C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio: Un estudio longitudinal. *Nure Investigación*, (37), 1–20.
- Melián Armas, R. (2024). *The benefits of hypnobirth during labor* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Santarém]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Miller, S. (2020). *Bebé en camino: Cómo tener un parto positivo y empoderado con hipnoparto*. Zenith.
- Ministério da Saúde. (2021). *Cuidados de saúde materna: Referencial de boas práticas*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt>
- Mongan, M. (2012). *HypnoBirthing: The Mongan method*. Health Communications.
- Moreno, C. (2018). *Hipnoparto: Preparación para un parto positivo*. Independently Published.
- Orchard, E. R., Rutherford, H. J. V., Holmes, A. J., & Jamadar, S. D. (2023). Matrescence: Lifetime impact of motherhood on cognition and the brain. *Trends in Cognitive Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2023.01.005>
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE)* (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro). <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Decreto Lei 161 96.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Código deontológico do enfermeiro*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Codigo Deontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 391/2019 – Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 85, 3 de maio de 2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/391-2019-122002052>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. *Diário da República*, 2.ª série,

n.º 27, 7 de fevereiro de 2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-118805059>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario* [PDF]. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344325/9789240028531-spa.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2023). *Improving maternal and newborn health and survival and reducing stillbirth: Progress report 2023*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074798>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIC Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>

Roy, C. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Prentice Hall.

Roy, C., & Andrews, H. A. (2001). *The Roy adaptation model* (2nd ed.). Prentice Hall.

Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Gravidez de alto risco: Cuidados e acompanhamento*. SNS 24. <https://www.sns24.gov.pt>

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., et al. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD009514. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009514.pub2>

Uludağ, E., & Mete, S. (2021). The effect of nursing care provided based on the philosophy of hypnobirthing on fear, pain, duration, satisfaction and cost of labor: a single-blind randomized controlled study. *Health care for women international*, 42(4-6), 678–690. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1835916>

Uludağ, E., & Mete, S. (2023). Feelings and experiences of Turkish women using hypnobirthing in childbirth: A non-traumatic childbirth experience. *International Journal of Caring Sciences*, 16(1), 344–351.

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

World Medical Association. (2013). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>

ANEXOS

Anexo I. Certificação de educadora pré-natal em Hipnoparto



PARTO POSITIVO®

Marina Trullols Tomàs

Ha obtenido satisfactoriamente el certificado de:

EDUCADORA PRENATAL CON HIPNOPARTO
PROFESIONAL CERTIFICADO POR PARTO POSITIVO®

El presente diploma certifica que la titular ha superado con éxito la Certificación Internacional Educadora Prenatal con Hipn parto a nivel práctico y teórico, impartido de forma online, finalizado en diciembre de 2024.

Parto Positivo certifica que la titular ha adquirido los conocimientos necesarios para impartir el curso de hipn parto desde el método de Parto Positivo satisfactoriamente.

Número de serie:
cert_54089772

www.partopositivo.org

Carmen Moreno Ortega
Fundadora de Parto Positivo

Anexo II. Parecer da Comissão de Ética para o estudo

PARECER

COMISSÃO DE ÉTICA DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO DO IPSANTARÉM

EMISSÃO DE PARECER Nº41-2025ESSS

Identificação do Investigador | Mariana Conceição (ESSS)

Identificação do Projeto | *O HIPNOPARTO COMO ESTRATÉGIA PARA UMA EXPERIÊNCIA DE PARTO POSITIVA EM CONTEXTO DE INDUÇÃO DO PARTO*

Constata-se que:

- i. É um trabalho académico conferidor do grau de mestre.
- ii. Apresenta objetivos, fundamentação teórica e metodologia.
- iii. O cronograma é esclarecedor quanto à calendarização das etapas do processo de investigação associado ao pedido. Recomenda-se, todavia, que no pedido de reapreciação – mediante decisão abaixo comunicada - se corrija o ano de início na calendarização.
- iv. Refere o anonimato dos participantes. Porém, recomenda-se que sejam esclarecidas as condições de realização da entrevista a fim de garantir tal anonimato.
- v. No consentimento informado, livre e esclarecido:
 - a. Não consta de forma explícita quem é a pessoa responsável pela guarda dos dados;
 - b. Refere a ausência de riscos para as participantes, mas existem perguntas que poderão ser suscetíveis de ferir sensibilidades; pelo que deverão ser alertadas as inquiridas no documento;
 - c. Não refere o tempo de posse dos dados até serem destruídos;
 - d. Não inclui o logótipo institucional e da unidade orgânica, que deveria constar.

Face ao exposto a Comissão de Ética emite parecer condicional porquanto não são cumpridos os requisitos éticos identificados nas alíneas *a* a *d* do ponto *v*.

Santarém, 5 de dezembro de 2025

Pedro Oliveira



(Coordenador)

Rafael Oliveira



(Subcoordenador)

Anexo III. Registo das Atividades Desenvolvidas durante o Estágio

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family Counseling and health promotion	117
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant women:	153
• Exames pré-natais/Prenatal Examinations (100)	
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor:	45
• Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	
• Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	0
• Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiples births	1
• Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	31
• Episiotomia/Episiotomy	1
• Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy	41
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at the risk	87
• Gravidez/Pregnancy (40)	
• Trabalho de parto/Labor	17
• Puerpério/Puerperium	6
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	127
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy new-born (100)	143
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care	0
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology	83
Prática simulada/Simulated practice:	
• Prática de manobras de Leopold/Leopold's maneuver practice	2
• Prática de partos eutócicos/Practice of eutocic births	2
• Prática de partos pélvicos/ Practice of breech births	2
• Prática de distocias de ombros/Shoulder dystocia practice	2
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/Pratice on episiorrhaphy, periniorrhaphy	2

Santarém, —2025—

Estudante/Student —Marina Trullols Tomàs—

Professor/Teacher —Maria da Conceição Fernandes Santiago—

 Assinado por: **Maria da Conceição Fernandes Santiago**
 Num. de Identificação: 08560601

Coordenador do curso/The course coordinator _____

**Anexo IV. Apresentação para extração e armazenamento do leite
materno**



CERTIFICAT

Sra. Marina Trullols

Ha impartit la sessió 'Extracció i conservació de la llet materna' que va tenir lloc el dia 25/03/2025 amb 30 minuts de durada.

Aquesta sessió forma part de les Sessions Clínicas de la Unitat de Cures Intensives de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus 2025.

Diploma expedit a Reus el 25 March 2025



Dra. Immaculada Vallverdú Perapoch
Cap de la Unitat de Cures Intensives
Hospital Universitari de Sant Joan de Reus

APÊNDICES

Apêndice I. Projeto Individual de Estágio

INTRODUÇÃO

No âmbito da UC de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, integrada no 2.º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia do IPS, e sob a orientação da docente Conceição Santiago, foi proposto o desenvolvimento de um Projeto Individual de Estágio.

O estágio tem como objetivo principal proporcionar cuidados de enfermagem especializados à mulher, ao recém-nascido e à família, abrangendo diferentes contextos de saúde e situações de risco. Para garantir a qualidade dos cuidados, o enfermeiro especialista deve orientar-se pelo Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, que no artigo 4.º define as competências específicas do EEESMO. Este regulamento destaca que o enfermeiro especialista deve prestar cuidados à mulher dentro do contexto familiar e comunitário, abrangendo o planeamento familiar, o período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-natal, climatério, bem como os processos de saúde e doença ginecológica, incluindo a mulher em idade fértil.

É por isso que esta UC será realizada em vários serviços: no Serviço de Obstetrícia Patológica e Consultas Externas de ARO, no Serviço de Puerpério, no Bloco de Partos, no Serviço de Ginecologia e no Centro de Saúde.

Além das competências específicas, o enfermeiro deve aplicar na sua prática as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, conforme descritas no artigo 4.º do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. Estas incluem:

- Responsabilidade profissional, ética e legal.
- Promoção da melhoria contínua da qualidade.
- Gestão de cuidados.
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Também, para orientar este projeto, foram definidos os seguintes objetivos gerais e específicos:

Objetivo geral:

- Organizar de forma sistemática os objetivos e as atividades a serem desenvolvidas ao longo do Estágio I.

Objetivos específicos:

- Definir os objetivos transversais a todos os estágios e os específicos para o período de estágio em cada um dos diferentes serviços.
- Planear as atividades a realizar durante cada um dos períodos de estágio.
- Identificar os recursos necessários para alcançar os objetivos propostos.
- Elaborar a calendarização das atividades previstas.

A elaboração deste projeto baseia-se no Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019a), no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019b), nas competências descritas na ficha da UC de Estágio IV e no plano de estudos.

OBJETIVOS E PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

Com base no compromisso com o desenvolvimento de competências clínicas, educativas, éticas e reflexivas, em conformidade com os normativos da OE (Regulamento n.º 391/2019; Regulamento n.º 140/2019), bem como com os princípios de boas práticas baseadas na evidência, foram delineados objetivos específicos que orientam a atuação do EEESMO neste contexto clínico. Estes objetivos têm por finalidade promover cuidados especializados, seguros e humanizados à mulher, ao feto e à família, especialmente em situações de maior complexidade e vulnerabilidade associadas à gravidez de alto risco. Assim, apresentam-se de seguida os objetivos transversais a todos os estágios e os objetivos específicos traçados para o Estágio I no serviço de Obstetrícia Patológica e nas Consultas Externas de ARO acompanhados das atividades que sustentam a sua concretização.

Objetivos transversais a todos os estágios

a) Objetivos relacionados com as competências comuns do enfermeiro especialista (Conforme Regulamento n.º 140/2019)

UC1.	Responsabilidade	profissional,	ética	e	legal
UC2.	Melhoria	contínua	da	qualidade	
UC3.	Gestão	de	cuidados		
UC4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais					

1. Promover cuidados integrais e de qualidade centrados na mulher grávida e no seu feto (UC1, UC2, UC3)

Atividades:

- Avaliar e planear cuidados com base em princípios éticos, científicos e centrados na pessoa.
- Promover o bem-estar físico, emocional e social da mulher durante a gestação, o parto e o puerpério.

2. Promover a prática baseada em evidências na avaliação e monitorização da saúde materna e fetal (UC2, UC3)

Atividades:

- Utilizar metodologias científicas para tomada de decisão clínica.
- Aplicar tecnologias específicas para avaliar a saúde do binómio mãe-filho.

3. Garantir uma comunicação efetiva e colaborativa com a equipa multidisciplinar e as utentes (UC1, UC3)

Atividades:

- Desenvolver competências de comunicação interpessoal e de trabalho em equipe.
- Coordenar-se com a equipa para assegurar cuidados holísticos e contínuos.

b) Objetivos relacionados com o ensino clínico em geral

1. Integrar-se na estrutura física e na dinâmica organizacional do serviço de consultas externas de ARO (UC1, UC3).

Atividades:

- Conhecer o funcionamento, os protocolos e as políticas específicas do serviço.
 - Respeitar as normas e os fluxos organizacionais para garantir um trabalho seguro e eficiente.
 - Adaptar-se às dinâmicas organizacionais e legais do sistema de saúde.
2. Desenvolver competências de autorreflexão e autoavaliação sobre a aprendizagem e as práticas realizadas (UC4).

Atividades:

- Participar nos momentos pré-definidos de avaliação e feedback.
- Registrar reflexões sobre as experiências vivenciadas e seu impacto no desenvolvimento pessoal e profissional.
- Identificar áreas de melhoria através da autoavaliação.
- Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade do cuidado obstétrico.

Objetivos específicos do estágio no serviço de obstetrícia patológica e consultas externas de alto risco obstétrico

Com base no Regulamento n.º 391/2019 de Competências Específicas do EEESMO:

UC ESPECÍFICA 1 – Cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

UC ESPECÍFICA 2 – Cuida da mulher grávida/feto/família em situação de risco, em contexto de internamento hospitalar

UC ESPECÍFICA 3 – Capacita a mulher grávida/família visando o autocuidado e a tomada de decisão

UC ESPECÍFICA 4 – Promove a vivência positiva dos processos fisiológicos e patológicos relacionados com a gravidez

1. Realizar de forma autónoma, com supervisão inicial, a monitorização do RCTG e avaliações do bem-estar fetal (UC ESPECÍFICA 1).

Atividades:

- Executar intervenções específicas para avaliar o bem-estar fetal, com base em protocolos atualizados.
- Reconhecer precocemente sinais de alerta clínicos e ativar os protocolos de atuação adequados.
- Realizar as Manobras de Leopold e avaliar a altura uterina.

2. Identificar e comunicar situações de ARO detetadas durante o RCTG (UC ESPECÍFICA 1).

Atividades:

- Aplicar julgamento clínico fundamentado em situações complexas.
- Interpretar o padrão de contratilidade uterina e de frequência cardíaca fetal.
- Atuar de forma rápida e segura perante complicações gestacionais, assegurando a continuidade e qualidade dos cuidados.

3. Participar na educação e orientação das mulheres grávidas sobre o processo de parto e sinais de alerta (UC ESPECÍFICA 1 e UC ESPECÍFICA 3).

Atividades:

- Educar e capacitar as utentes no seu processo de cuidado, promovendo a autonomia e o autocuidado.
- Facilitar a preparação emocional e informativa para o parto e a indução do parto, incluindo técnicas como o hipn parto.
- Preparar e dinamizar uma sessão de boas-vindas às grávidas que pretendem parir no hospital, reforçando a humanização dos cuidados.

4. Colaborar na análise e melhoria dos protocolos e práticas do serviço de obstetria patológica e das consultas externas de alto risco (UC ESPECÍFICA 1 e UC ESPECÍFICA 2).

Atividades:

- Participar em atividades de gestão e melhoria contínua da qualidade assistencial.
- Propor estratégias baseadas em evidência para otimizar o acompanhamento das gestantes de alto risco e melhorar os resultados em saúde.

5. Prestar cuidados diferenciados à mulher grávida, feto e família em situação de risco em contexto de internamento hospitalar (UC ESPECÍFICA 2).

Atividades:

- Implementar intervenções específicas que respondam às necessidades bio-psico-sociais da grávida internada por patologia.

- Assegurar a vigilância do bem-estar materno-fetal, promovendo uma abordagem centrada na mulher e família.
6. Capacitar a mulher grávida e a sua família para o autocuidado e tomada de decisão durante o processo de doença (UC ESPECÍFICA 3).

Atividades:

- Estimular o envolvimento ativo da grávida e família no plano terapêutico.
 - Promover a literacia em saúde através de uma comunicação clara e individualizada.
 - Incentivar práticas de autocuidado que favoreçam a adaptação à condição clínica.
7. Promover uma vivência positiva dos processos fisiológicos e patológicos durante a gravidez em contexto hospitalar (UC ESPECÍFICA 4).

Atividades:

- Integrar práticas de humanização do cuidado durante o internamento hospitalar.
- Apoiar emocionalmente a mulher grávida, reforçando os seus recursos internos para enfrentar a gravidez de alto risco.
- Garantir um ambiente seguro e respeitador da dignidade e preferências da mulher, mesmo em situações de elevada complexidade clínica.

Objetivos específicos do estágio no serviço de puerpério

Cuidados à puérpera

Com base no Regulamento n.º 391/2019 – Competências Específicas do EEESMO:

UC ESPECÍFICA 3 – Capacita a mulher/família visando o autocuidado e a tomada de decisão.

UC ESPECÍFICA 5 – Cuida da mulher/família durante o trabalho de parto e nascimento, promovendo experiências positivas e seguras.

UC ESPECÍFICA 6 – Cuida da mulher/família durante o pós-parto, promovendo a adaptação e recuperação.

1. Prestar cuidados diferenciados à mulher no puerpério imediato e tardio, promovendo a sua recuperação física e emocional (UC ESPECÍFICA 6).

Atividades:

- Realizar vigilância sistemática dos sinais vitais, involução uterina, perdas hemáticas e dor.
- Avaliar a integridade do períneo e a cicatrização de eventuais lesões obstétricas.
- Aplicar intervenções de conforto e medidas de alívio da dor pós-parto.
- Identificar sinais precoces de complicações como hemorragia, infeções ou alterações emocionais.

2. Promover a adaptação psicossocial da mulher ao novo papel materno (UC ESPECÍFICA 6).

Atividades:

- Realizar escuta ativa e apoio emocional, identificando sinais de risco para perturbações mentais perinatais (ex.: tristeza puerperal, depressão pós-parto).
- Facilitar a expressão de emoções e experiências relacionadas com o parto e o pós-parto.
- Encaminhar, sempre que necessário, para apoio psicológico especializado.

3. Capacitar a mulher e a família para o autocuidado e para a tomada de decisão informada (UC ESPECÍFICA 3).

Atividades:

- Desenvolver planos educativos individualizados sobre higiene íntima, descanso, contração pós-parto e sinais de alerta.
- Estimular a autonomia da puérpera na realização dos seus cuidados pessoais.
- Garantir a participação ativa da mulher na escolha de estratégias de cuidado e recuperação.

4. Promover a vivência positiva do puerpério, respeitando a individualidade, cultura e valores da mulher (UC ESPECÍFICA 6).

Atividades:

- Integrar práticas de humanização no acompanhamento da puérpera.
- Adequar os cuidados às necessidades biopsicossociais da mulher.
- Criar um ambiente seguro, empático e promotor de bem-estar.

5. Contribuir para a formação contínua dos profissionais de saúde no apoio à mulher puérpera em contextos de internamento não obstétrico.

Atividades:

- Planear e dinamizar uma sessão formativa dirigida à equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos de Adultos, centrada na temática da extração, conservação e administração de leite materno em contexto de internamento hospitalar.
- Sensibilizar os profissionais para a importância da manutenção da amamentação em mulheres em situação crítica, respeitando as suas escolhas e promovendo o vínculo mãe-bebé.
- Disponibilizar material educativo baseado em evidência científica que possa ser utilizado como recurso no cuidado diário a estas utentes.

- Avaliar o impacto da sessão na perceção e conhecimentos dos profissionais participantes, promovendo boas práticas e continuidade de cuidados centrados na mulher.

Cuidados ao recém-nascido

Com base no Regulamento n.º 391/2019 – Competências Específicas do EEESMO:

UC ESPECÍFICA 7 – Cuida do recém-nascido/família promovendo a vinculação e o desenvolvimento saudável.**UC ESPECÍFICA 8 – Promove o aleitamento materno e apoia a parentalidade.**

1. Prestar cuidados de enfermagem ao recém-nascido saudável, garantindo a vigilância do seu estado clínico (UC ESPECÍFICA 7).
Atividades:
 - Avaliar sinais vitais, coloração, sucção, atividade e reflexos do recém-nascido.
 - Realizar cuidados básicos: higiene, muda de fraldas, conforto térmico.
 - Identificar precocemente sinais de alerta: icterícia, dificuldades respiratórias, hipotermia.
2. Participar na realização e monitorização dos rastreios neonatais obrigatórios, promovendo a deteção precoce de alterações (UC ESPECÍFICA 7).
Atividades:
 - Colaborar na realização da prova do pezinho (rastreamento metabólico neonatal), garantindo a correta colheita e envio da amostra.
 - Participar no rastreio auditivo neonatal utilizando os procedimentos recomendados (emissões otoacústicas).
 - Apoiar o rastreio de cardiopatias congénitas críticas através da oximetria de pulso.
 - Informar os pais sobre a importância dos rastreios, promovendo a adesão consciente e informada.
3. Promover o aleitamento materno exclusivo e apoiar a mulher nos desafios da amamentação (UC ESPECÍFICA 8).
Atividades:
 - Ensinar posições corretas para a amamentação e técnicas de pega eficaz.
 - Prevenir e gerir complicações iniciais: ingurgitamento mamário, fissuras mamilares.
 - Estimular a confiança da mãe, respeitando o seu ritmo e decisões.

4. Favorecer o vínculo afetivo entre a mãe/família e o recém-nascido (UC ESPECÍFICA 7).

Atividades:

- Incentivar o contacto pele a pele.
- Promover a interação precoce e a leitura dos sinais comportamentais do bebé.
- Envolver os parceiros e cuidadores no processo de cuidado ao recém-nascido.

Objetivos específicos do estágio no serviço de bloco de partos

Cuidados à mulher em trabalho de parto e nascimento

Com base no Regulamento n.º 391/2019 – Competências Específicas do EEESMO:

UC ESPECÍFICA 4 – Promove a vivência positiva dos processos fisiológicos e patológicos relacionados com a gravidez.

UC ESPECÍFICA 5 – Cuida da mulher/família durante o trabalho de parto e nascimento, promovendo experiências positivas e seguras.

UC ESPECÍFICA 6 – Cuida da mulher/família durante o pós-parto, promovendo a adaptação e recuperação.

1. Acompanhar e prestar cuidados especializados à mulher durante o trabalho de parto e nascimento, assegurando o respeito pela fisiologia e pelas preferências individuais (UC ESPECÍFICA 5).

Atividades:

- Realizar a avaliação inicial e contínua da mulher em trabalho de parto (sinais vitais, contrações, dinâmica uterina, bem-estar fetal e dilatação cervical).
 - Apoiar o posicionamento livre e mobilidade da mulher durante o trabalho de parto.
 - Aplicar medidas de conforto e alívio da dor não farmacológicas, como o hipnoparto, a hidroterapia, a respiração controlada, a massagem e o uso da bola de parto.
 - Promover um ambiente tranquilo, seguro e acolhedor, que favoreça o relaxamento e a confiança da mulher.
 - Colaborar com a equipa multidisciplinar na implementação de intervenções obstétricas quando necessário, assegurando o consentimento informado.
2. Garantir a vigilância e a segurança materno-fetal ao longo do processo de parto (UC ESPECÍFICA 5).

Atividades:

- Monitorizar o bem-estar fetal através do RCTG e da auscultação intermitente conforme o protocolo.
 - Identificar precocemente sinais de sofrimento fetal ou complicações obstétricas, ativando os protocolos institucionais adequados.
 - Registrar de forma rigorosa e sistemática todos os dados clínicos relevantes.
3. Promover a vivência positiva e humanizada do parto (UC ESPECÍFICA 4).

Atividades:

- Incentivar a participação ativa da mulher e do acompanhante em todas as fases do parto.
 - Apoiar emocionalmente a mulher, reforçando a sua autonomia e confiança.
 - Respeitar o plano de parto e os valores culturais e pessoais da mulher.
 - Utilizar técnicas de comunicação terapêutica que facilitem o controlo emocional e a sensação de segurança.
4. Prestar cuidados imediatos e diferenciados à mulher e ao recém-nascido após o parto (UC ESPECÍFICA 6).

Atividades:

- Assegurar a vigilância pós-parto imediato: avaliar perdas hemáticas, involução uterina, integridade do períneo e controlo da dor.
- Promover o contacto pele a pele e o início precoce da amamentação.
- Monitorizar os sinais vitais da mulher e do recém-nascido, intervindo perante alterações clínicas.
- Apoiar emocionalmente a mulher no momento de transição para o puerpério.

Cuidados ao recém-nascido

Com base no Regulamento n.º 391/2019 – Competências Específicas do EEESMO:

UC ESPECÍFICA 7 – Cuida do recém-nascido/família promovendo a vinculação e o desenvolvimento saudável.

UC ESPECÍFICA 8 – Promove o aleitamento materno e apoia a parentalidade.

1. Assegurar os cuidados imediatos e a adaptação à vida extrauterina do recém-nascido (UC ESPECÍFICA 7).

Atividades:

- Avaliar o recém-nascido no momento do nascimento (APGAR, coloração, tônus, reflexos e respiração).
- Garantir a termorregulação e o conforto térmico através de técnicas adequadas.

- Intervir de forma rápida e segura em situações de necessidade de reanimação neonatal, em articulação com a equipa médica.
2. Favorecer o vínculo afetivo entre a mãe/família e o recém-nascido (UC ESPECÍFICA 7).
Atividades:
- Incentivar o contacto pele a pele imediato e prolongado.
 - Promover a presença e participação do acompanhante durante o nascimento, sempre que possível.
 - Apoiar a leitura dos sinais comportamentais do recém-nascido e a interação precoce.
3. Promover o aleitamento materno precoce e apoiar a parentalidade (UC ESPECÍFICA 8).
Atividades:
- Orientar a mulher na amamentação precoce e na pega correta.
 - Identificar e prevenir dificuldades iniciais na amamentação.
 - Proporcionar informação e apoio à família sobre os cuidados iniciais ao recém-nascido.

Objetivos específicos do estágio no centro de saúde

Cuidados à mulher durante a gravidez e parto

Com base no Regulamento n.º 391/2019 – Competências Específicas do EEESMO:

UC ESPECÍFICA 4 – Cuida da mulher/família durante a gravidez, promovendo a saúde e prevenindo complicações.

UC ESPECÍFICA 5 – Cuida da mulher/família durante o trabalho de parto e nascimento, promovendo experiências positivas e seguras.

1. Promover o acompanhamento integral da mulher durante a gravidez, assegurando cuidados personalizados e baseados em evidência científica (UC ESPECÍFICA 4).

Atividades:

- Realizar vigilância da evolução da gravidez, com registo de parâmetros clínicos e emocionais.
 - Educar a gestante sobre sinais de alerta, autocuidado e estilos de vida saudáveis.
 - Reforçar a importância da preparação física e mental para o parto, incluindo técnicas de respiração, relaxamento e visualização positiva.
2. Participar na preparação da mulher/família para o parto e parentalidade, promovendo experiências de parto positivas e seguras (UC ESPECÍFICA 5).

Atividades:

- Colaborar nas aulas de preparação para o nascimento, abordando temas sobre fisiologia do parto, puerpério e cuidados neonatais.
- Integrar estratégias de humanização do parto, como o uso de meditação, ioga e hipn parto.
- Incentivar a autonomia e a confiança da mulher na sua capacidade de parir e cuidar do recém-nascido.

Cuidados à mulher na prevenção e saúde sexual e reprodutiva

Com base no Regulamento n.º 391/2019 – Competências Específicas do EEESMO:

UC ESPECÍFICA 2 – Promove a saúde sexual e reprodutiva ao longo do ciclo vital.

1. Participar na vigilância e prevenção de patologias ginecológicas, reforçando a importância do rastreio precoce (UC ESPECÍFICA 2).

Atividades:

- Realizar e/ou apoiar a colheita de citologias e amostras para deteção de VPH no âmbito do programa de rastreio do cancro do colo do útero.
 - Sensibilizar as utentes para a realização regular dos rastreios e o uso de métodos preventivos de infeções sexualmente transmissíveis.
2. Promover a educação sexual e reprodutiva junto de jovens (UC ESPECÍFICA 2).

Atividades:

- Participar nas consultas da Tarde Jove, fornecendo informação sobre contraceção, dismenorreia e saúde menstrual.
- Criar um ambiente de confiança que favoreça a comunicação aberta e sem julgamento.

Cuidados à puérpera

Com base no Regulamento n.º 391/2019 – Competências Específicas do EEESMO:

UC ESPECÍFICA 6 – Cuida da mulher/família durante o pós-parto, promovendo a adaptação e recuperação.**UC ESPECÍFICA 3 – Capacita a mulher/família visando o autocuidado e a tomada de decisão.**

1. Prestar cuidados diferenciados a mulher no puerpério imediato e tardio, promovendo a sua recuperação física e emocional (UC ESPECÍFICA 6).

Atividades:

- Avaliar o estado geral da mulher no pós-parto e identificar precocemente sinais de complicações.
- Oferecer apoio emocional e educativo sobre a adaptação ao novo papel materno.
- Integrar práticas de humanização e técnicas de relaxamento, reforçando o autocuidado e o bem-estar.

2. Capacitar a mulher e a família para o autocuidado e a tomada de decisão informada (UC ESPECÍFICA 3).

Atividades:

- Desenvolver planos educativos individualizados sobre higiene, descanso, contraceção pós-parto e aleitamento materno.
- Envolver a família no processo de adaptação, promovendo o suporte afetivo e prático à puérpera.

Cuidados ao recém-nascido e apoio à parentalidade

Com base no Regulamento n.º 391/2019 – Competências Específicas do EEESMO:

UC ESPECÍFICA 7 – Cuida do recém-nascido/família promovendo a vinculação e o desenvolvimento saudável.

UC ESPECÍFICA 8 – Promove o aleitamento materno e apoia a parentalidade.

1. Favorecer o vínculo afetivo entre a mãe/família e o recém-nascido, promovendo um ambiente de segurança e confiança (UC ESPECÍFICA 7).

Atividades:

- Incentivar o contacto pele a pele e a interação precoce.
- Orientar sobre sinais comportamentais do bebé e cuidados básicos diários.

2. Promover o aleitamento materno exclusivo e apoiar a mulher nos desafios da amamentação (UC ESPECÍFICA 8).

Atividades:

- Ensinar posições corretas e técnicas de pega eficaz.
- Prevenir e gerir complicações iniciais, respeitando as escolhas da mulher e valorizando o vínculo mãe-bebé.

RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a concretização eficaz das atividades delineadas e o cumprimento dos objetivos estabelecidos neste projeto de estágio, torna-se essencial garantir a disponibilidade de recursos humanos e materiais adequados. Estes recursos asseguram não só a qualidade dos cuidados prestados, como também o desenvolvimento das competências do estudante em contexto clínico.

A articulação adequada destes recursos permite não só o desenvolvimento de competências clínicas e relacionais, como também a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, seguros e humanizados, centrados na mulher e na família em situação de risco.

Recursos necessários no serviço de obstetrícia patológica e consultas externas de alto risco obstétrico**Recursos humanos:**

- EEESMO orientadora: supervisiona, orienta e avalia o desempenho do estudante no serviço.
- Equipa multidisciplinar: composta por obstetras, enfermeiros, técnicos e outros profissionais de saúde, promove um ambiente colaborativo e de aprendizagem integrada.

- Professora orientadora da instituição de ensino: acompanha o progresso do estágio e garante a articulação entre os objetivos pedagógicos e a prática clínica.
- Estudante de enfermagem em estágio: elemento ativo no processo de aprendizagem e prestação de cuidados.
- Mulher grávida e sua família: parceiros no cuidado, elementos centrais para a realização das atividades de educação, capacitação e prestação de cuidados humanizados.

Recursos materiais:

- Equipamento informático e acesso a bases de dados científicas e institucionais: essenciais para a fundamentação teórica, registo de atividades e acesso a protocolos clínicos.
- Protocolos, normas e manuais institucionais: instrumentos fundamentais para orientar a prática baseada na evidência e garantir a segurança dos cuidados.
- Documentos institucionais: como folhas de presença, grelhas de avaliação, planos de estágio e registos clínicos específicos.
- Materiais educativos disponibilizados às grávidas, nomeadamente:
 - Plano de parto (incluindo versão para parto vaginal e cesariana);
 - Informação sobre indução do parto, hospitalização, amamentação, doação de leite materno e de sangue do cordão umbilical;
 - Material sobre dieta rica em ferro e ácido fólico;
 - Folhetos sobre deteção precoce de deficiência auditiva infantil.
- Material técnico-clínico, como:
 - Monitores para RCTG;
 - Fita métrica para avaliação da altura uterina;
 - Outros instrumentos necessários para as manobras de Leopold e vigilância do bem-estar materno-fetal.

Recursos necessários no serviço de puerpério**Recursos Humanos**

- Enfermeira Geralista do Serviço de Puerpério (orientadora): supervisiona, orienta e avalia o desempenho do estudante no contexto dos cuidados à puérpera, promovendo uma aprendizagem reflexiva e centrada na mulher.
- Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria: acompanha e orienta o estudante nas atividades relacionadas com o recém-nascido, apoiando o desenvolvimento de competências pediátricas específicas.

- Equipa multidisciplinar: composta por obstetras, pediatras, enfermeiros, técnicos auxiliares, psicólogos e outros profissionais, permite a integração do estudante num ambiente colaborativo e de partilha de saberes.
- Professora orientadora da instituição de ensino: realiza o acompanhamento pedagógico e garante a articulação entre os objetivos curriculares e a prática clínica.
- Mulher puérpera, recém-nascido e família: parceiros essenciais no processo de cuidado, contribuindo para uma abordagem humanizada, centrada na pessoa e promotora da autonomia.
- Equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos de Adultos: destinatários da sessão educativa sobre extração e conservação de leite materno, contribuindo para a continuidade de cuidados e apoio à amamentação em contextos não obstétricos.

Recursos Materiais

- Equipamento técnico-clínico para cuidados à puérpera:
 - Termómetro clínico, esfigmomanómetro, estetoscópio.
 - Material de pensos, compressas, luvas, soros e medicação analgésica ou antibiótica.
 - Escalas validadas para avaliação da dor, bem-estar emocional e sinais de alerta clínico.
 - Fita métrica, régua para avaliação da perda hemática, kits de vigilância da cicatrização perineal.
- Equipamento técnico-clínico para cuidados ao recém-nascido:
 - Balança neonatal, oxímetro de pulso (para rastreio de cardiopatias congénitas).
 - Termómetro pediátrico, kits de higiene e conforto térmico.
 - Equipamento para rastreio auditivo neonatal (emissões otoacústicas).
 - Kit da prova do pezinho (colheita de sangue em papel de filtro para rastreio metabólico).
 - Material de apoio à amamentação: almofadas, extratores manuais, protetores mamários.
- Recursos educativos e informativos:
 - Guias e folhetos sobre higiene íntima, sinais de alerta no pós-parto, contraceção pós-parto.
 - Material informativo sobre aleitamento materno, vinculação e cuidados ao recém-nascido.

- Informação sobre rastreios neonatais e respetiva importância clínica.
- Documentação sobre perturbações emocionais no puerpério e onde procurar apoio.
- Material pedagógico específico para a sessão educativa a realizar na Unidade de Cuidados Intensivos de Adultos, incluindo apresentações digitais, folhetos explicativos, diretrizes baseadas em evidência sobre extração, conservação e administração de leite materno.
- Documentos e plataformas institucionais:
 - Registos clínicos (SAP).
 - Protocolos e normativas atualizadas da instituição.
 - Grelhas de avaliação, plano de estágio individual, diário de bordo e folhas de presença.
- Recursos pedagógicos e científicos:
 - Acesso a bases de dados científicas (ex: PubMed, CINAHL).
 - Manuais de boas práticas em obstetrícia e neonatologia.
 - Espaços reservados para estudo, reflexão e sessões educativas.
 - Momentos formais de briefing, supervisão e feedback com os orientadores.

Recursos necessários no serviço de bloco de partos

Recursos Humanos

- EEESMO (orientadora): supervisiona, orienta e avalia o desempenho do estudante no contexto dos cuidados à mulher durante o trabalho de parto, assegurando a integração das competências clínicas, éticas e reflexivas na prática profissional.
- Equipa multidisciplinar: composta por obstetras, pediatras, enfermeiros, técnicos auxiliares, psicólogos e outros profissionais, permite a integração do estudante num ambiente colaborativo e de partilha de saberes.
- Professora orientadora da instituição de ensino: realiza o acompanhamento pedagógico e garante a articulação entre os objetivos curriculares e a prática clínica.
- Mulher em trabalho de parto, recém-nascido e família: parceiros ativos e centrais no processo de cuidado, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática humanizada e centrada na pessoa.

Recursos Materiais

- Equipamento técnico-clínico:

- Camas de parto ajustáveis e ergonómicas.
 - Monitores de RCTG para vigilância materno-fetal.
 - Material de apoio à dilatação e conforto da mulher: bola de parto, banqueta, tapetes, banheira de parto e instrumentos de posicionamento.
 - Equipamento completo de reanimação neonatal: aspiradores, ventiladores, incubadoras, berços aquecidos e oxímetros de pulso.
 - Ecógrafos disponíveis nas salas de triagem para avaliação inicial.
 - Material de bloco operatório: instrumental estéril, campos cirúrgicos, aspiradores e iluminação adequada.
 - Termómetros, esfigmomanómetros, estetoscópios e kits de emergência obstétrica e neonatal.
- Recursos educativos e informativos:
 - Guias e protocolos institucionais sobre indução do parto, analgesia, parto humanizado e cuidados ao recém-nascido.
 - Folhetos informativos sobre o plano de parto, estratégias de hipn parto, posições para o parto e benefícios da amamentação precoce.
 - Material educativo para promoção da literacia em saúde da mulher e família.
 - Recursos tecnológicos e de apoio à formação:
 - Acesso a plataformas digitais hospitalares (SAP) para registo clínico e consulta de dados.
 - Acesso a bases de dados científicas (PubMed, CINAHL, Scielo) para fundamentação teórica e atualização de práticas baseadas na evidência.
 - Espaços adequados para reflexão, estudo e sessões de supervisão.

Recursos necessários no centro de saúde

Recursos Humanos

- Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (orientadora): supervisiona, orienta e avalia o desempenho do estudante no contexto dos cuidados à mulher, à família e ao recém-nascido em cuidados de saúde primários, assegurando a integração das competências clínicas, éticas e reflexivas na prática profissional.

- Equipa multidisciplinar do ASSIR: composta por enfermeiras especialistas, médicos ginecologistas e obstetras, psicólogos, técnicos auxiliares e pessoal administrativo, possibilita a integração do estudante num ambiente colaborativo e promotor da aprendizagem em contexto real.
- Professora orientadora da instituição de ensino: acompanha o percurso formativo, garantindo a articulação entre os objetivos pedagógicos e o desenvolvimento das competências clínicas exigidas no Regulamento n.º 391/2019.
- Mulher, casal e família: parceiros ativos e centrais no processo de cuidado, que contribuem para o desenvolvimento de uma prática humanizada, participativa e centrada na pessoa.
- Jovens e adolescentes: participantes nas consultas da Tarde Jove, que beneficiam de uma abordagem educativa, confidencial e promotora da saúde sexual e reprodutiva.

Recursos Materiais

- Equipamento técnico-clínico:
 - Gabinetes de consulta equipados com Marquesas, espéculos, material de colheita para citologias e amostras de VPH, kits de esterilização e contentores de resíduos biológicos.
 - Material de avaliação clínica: tensiómetros, termómetros, estetoscópios, doppler fetal e balanças antropométricas.
 - Equipamentos de apoio à vigilância da gravidez: monitor de batimentos cardíacos fetais, fitas métricas e tiras de urina para avaliação de parâmetros urinários.
 - Material de exame ginecológico e preventivo (espátulas, escovas endocervicais, lâminas e frascos de transporte).
- Recursos educativos e informativos:
 - Guias e protocolos institucionais do ASSIR sobre vigilância da gravidez, rastreio do cancro do colo do útero e infeções sexualmente transmissíveis.
 - Folhetos informativos e material didático para as aulas de preparação para o parto, abrangendo temas como o plano de parto, técnicas de respiração, hipnoparto, amamentação e cuidados ao recém-nascido.

- Materiais audiovisuais e recursos interativos utilizados nas sessões educativas para facilitar a aprendizagem e promover a literacia em saúde da mulher e da família.
- Recursos tecnológicos e de apoio à formação:
 - Acesso ao sistema informático Estació Clínica d'Atenció Primària (ECAP) para registo clínico, seguimento das utentes e consulta de dados assistenciais.
 - Acesso a bases de dados científicas (PubMed, Scielo, CINAHL) para consulta de evidência atualizada e fundamentação teórica da prática.
 - Espaços adequados para reflexão, discussão de casos e sessões de supervisão clínica com a orientadora.

CALENDARIZAÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Atividades previstas no serviço de obstetrícia patológica e consultas externas de alto risco obstétrico

A calendarização das atividades previstas para o Estágio foi planeada de forma progressiva, tendo em conta o desenvolvimento das competências profissionais e a complexidade das intervenções em contexto clínico. O estágio decorrerá entre os dias 25 de novembro e 20 de dezembro de 2024, período durante o qual se pretende assegurar uma transição gradual da observação e integração no serviço para a prática autónoma e reflexiva, sempre com supervisão inicial e orientação contínua.

Durante a primeira semana de estágio, as atividades estarão mais direcionadas à observação ativa, integração na dinâmica da equipa de saúde, compreensão dos protocolos institucionais, e ao planeamento das intervenções de enfermagem, de modo a garantir uma base sólida para a execução de cuidados. Este momento será também fundamental para estabelecer uma relação de confiança com a equipa multidisciplinar, familiarizar-se com o registo clínico e desenvolver a capacidade de análise crítica do ambiente de cuidados.

À medida que o estágio progride, especialmente nas segundas e terceiras semanas, será possível assumir gradualmente maior responsabilidade nas atividades clínicas, como a monitorização do bem-estar fetal, a avaliação da grávida em consulta de alto risco, a identificação de sinais de alerta e a implementação de intervenções com maior autonomia. A preparação e realização da sessão de boas-vindas às grávidas ficará agendada para o dia 18 de dezembro de 2024, em articulação com a EEESMO

orientadora e após a participação em duas sessões anteriores, nos dias 20 de novembro e 4 de dezembro, o que permitirá a aquisição de competências necessárias para planear e dinamizar autonomamente esta atividade educativa.

Semana	Datas	Atividades Previstas	Nível de Autonomia
Semana 1	25 nov – 29 nov	<ul style="list-style-type: none"> - Integração na equipa e no serviço- Observação de consultas e monitorizações - Conhecimento dos protocolos - Planeamento de cuidados com supervisão 	Observação ativa e prática supervisionada inicial
Semana 2	2 dez – 6 dez	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de RCTG com supervisão - Aplicação de intervenções para avaliar o bem-estar fetal- Início da participação em sessões educativas - Identificação e comunicação de situações de risco 	Intervenção com supervisão próxima
Semana 3	9 dez – 13 dez	<ul style="list-style-type: none"> - Realização autónoma de monitorizações - Interpretação de padrões clínicos - Participação ativa em propostas de melhoria - Preparação da sessão de boas-vindas 	Prática autónoma com validação
Semana 4	16 dez – 20 dez	<ul style="list-style-type: none"> - Dinamização da sessão de boas-vindas (18 dez) - Cuidados à mulher internada por gravidez patológica - Capacitação da grávida e família para autocuidado - Participação na gestão da qualidade assistencial 	Prática autónoma e tomada de decisão fundamentada

Atividades previstas no serviço de puerpério

A calendarização das atividades previstas para o Estágio II foi organizada de forma progressiva e faseada, distribuída entre duas semanas no serviço de Puerpério e duas no serviço de Recém-Nascidos, entre os dias 7 e 31 de janeiro de 2025. Este planeamento visa assegurar o desenvolvimento contínuo das competências clínicas, relacionais e éticas, com uma transição gradual da observação supervisionada para a prática autónoma fundamentada.

Durante as duas primeiras semanas, no serviço de Puerpério, as atividades estarão focadas na integração na equipa, compreensão da dinâmica de cuidados no pós-parto e prestação de cuidados à mulher e sua família. Nas semanas seguintes, a inserção

no serviço de Recém-Nascidos permitirá o aprofundamento de competências técnicas e científicas relacionadas com a vigilância, avaliação e promoção da saúde neonatal.

Paralelamente, será preparado o conteúdo de uma sessão educativa sobre extração e conservação de leite materno, a realizar no dia 25 de março de 2025 na Unidade de Cuidados Intensivos de Adultos, em resposta a necessidades identificadas pela instituição.

Semana	Datas	Serviço	Atividades Previstas	Nível de Autonomia
Semana 1	7 jan – 10 jan	Puerpério	- Integração na equipa e no serviço- Observação de cuidados à puérpera - Planeamento e prestação de cuidados com supervisão- Apoio inicial à amamentação	Observação ativa e prática supervisionada inicial
Semana 2	13 jan – 17 jan	Puerpério	- Prestação de cuidados com maior autonomia- Avaliação física e emocional da puérpera- Capacitação da mulher e da família - Início do planeamento da sessão educativa	Prática supervisionada com crescente autonomia
Semana 3	20 jan – 24 jan	Recém-Nascidos	- Integração no serviço e observação de cuidados neonatais - Participação na vigilância clínica - Aplicação de escalas de avaliação - Elaboração de materiais da sessão educativa	Prática supervisionada com aplicação de conhecimentos
Semana 4	27 jan – 31 jan	Recém-Nascidos	- Prestação de cuidados com maior autonomia - Participação em rastreios neonatais - Acompanhamento à família nos cuidados ao recém-nascido - Finalização da sessão educativa	Prática autónoma supervisionada e reflexiva
Pós-estágio	25 mar (atividade externa)	Sessão Educativa	- Dinamização da sessão educativa sobre extração e conservação de leite materno na Unidade de Cuidados Intensivos de Adultos	Intervenção autónoma com supervisão indireta

Atividades previstas no serviço de bloco de partos

A calendarização das atividades previstas para o Serviço de Bloco de Partos foi organizada de forma progressiva e faseada, ao longo de 500 horas, entre os dias 7 de fevereiro e 18 de agosto de 2025, com uma pausa durante o mês de maio. Este planeamento visa assegurar o desenvolvimento contínuo das competências clínicas, relacionais e éticas, permitindo uma transição gradual da observação supervisionada

para a prática autónoma fundamentada, em conformidade com as competências específicas do EEESMO.

Durante as primeiras semanas, a estudante será integrada na equipa, observando a dinâmica da sala de partos, as rotinas clínicas e os protocolos institucionais. Neste período, as atividades estarão focadas na avaliação inicial da mulher em trabalho de parto, na vigilância materno-fetal e na participação em cuidados básicos, adquirindo uma visão global do funcionamento do serviço e das necessidades da mulher e do recém-nascido.

Nas semanas seguintes, a estudante passará à prática supervisionada ativa, participando em partos a “quatro mãos” com a matrona orientadora, aplicando técnicas não farmacológicas de alívio da dor, como o hipnoparto, a respiração e a hidroterapia. Progressivamente, adquirirá maior autonomia na vigilância materno-fetal, na condução de partos fisiológicos e nos cuidados ao recém-nascido. No último período, a prática será autónoma sob supervisão indireta, consolidando as competências clínicas, técnicas e éticas, e incluindo a preparação de uma sessão educativa sobre técnicas de humanização e hipnoparto, em articulação com a equipa de enfermagem.

A calendarização do Serviço de Bloco de Partos foi organizada de forma quinzenal, de fevereiro a agosto de 2025 (com pausa no mês de maio), totalizando 500 horas. Esta estrutura reflete a progressão gradual da estudante, desde a observação supervisionada até à prática autónoma, consolidando as competências do EEESMO.

Semana	Período	Atividades Principais	Nível de Autonomia
Semana 1 e 2	7 a 21 de fevereiro	- Integração na equipa e adaptação ao serviço. - Observação das rotinas do bloco de partos, protocolos, registo clínico e comunicação com a equipa. - Participação em cuidados básicos à mulher e ao recém-nascido.	Observação ativa.
Semana 3 e 4	24 de fevereiro a 7 de março	- Início da participação em cuidados durante o trabalho de parto sob supervisão direta. - Realização de avaliações materno-fetais e apoio à mulher e acompanhante.	Prática supervisionada inicial.
Semana 5 e 6	10 a 21 de março	- Participação em partos a “quatro mãos” com a matrona orientadora.	Prática supervisionada próxima.

		- Aplicação de técnicas não farmacológicas de alívio da dor (respiração, bola de parto, hipn parto, hidroterapia).	
Semana 7 e 8	24 de março a 4 de abril	- Acompanhamento ativo de partos fisiológicos e induções sob supervisão. - Apoio emocional à mulher e vigilância pós-parto imediato.	Intervenção supervisionada direta.
Semana 9 e 10	7 a 18 de abril	- Consolidação das competências clínicas e reforço da autonomia técnica. - Registo clínico e comunicação interprofissional eficaz.	Prática supervisionada com crescente autonomia.
Semana 11 e 12	21 de abril a 2 de maio	- Participação em partos fisiológicos e assistência em partos instrumentados e cesarianas. - Promoção da amamentação e contacto pele a pele.	Prática supervisionada com autonomia parcial.
	Maio (pausa)	- Interrupção do estágio por razões de serviço. - Revisão teórica e reflexão sobre aprendizagens realizadas.	—
Semana 13 e 14	2 a 13 de junho	- Retoma da prática com foco em partos fisiológicos sob supervisão indireta. - Apoio ao parto humanizado e implementação de estratégias de hipn parto.	Prática quase autónoma.
Semana 15 e 16	16 a 27 de junho	- Gestão de cuidados e atuação autónoma supervisionada. - Intervenção em situações de risco e colaboração na melhoria da qualidade assistencial.	Prática autónoma supervisionada.
Semana 17 e 18	30 de junho a 11 de julho	- Realização autónoma de partos fisiológicos e cuidados imediatos ao recém-nascido. - Participação em reuniões clínicas.	Prática autónoma supervisionada.
Semana 19 e 20	14 a 25 de julho	- Planeamento e dinamização de uma sessão educativa sobre hipn parto e técnicas não farmacológicas. - Reflexão crítica sobre a atuação.	Intervenção autónoma.
Semana 21 e 22	28 de julho a 18 de agosto	- Consolidação de todas as competências do EEESMO. - Realização autónoma de cuidados integrados à mulher, recém-nascido e família. - Avaliação final do estágio.	Prática autónoma plena.

Atividades previstas no centro de saúde

A calendarização das atividades previstas para o estágio é planeada de forma progressiva, tendo em conta o desenvolvimento das competências profissionais e a

complexidade das intervenções em contexto clínico. O estágio decorre entre os dias 9 de setembro e 10 de outubro de 2024, período durante o qual se pretende assegurar uma transição gradual da observação e integração no serviço para a prática autónoma e reflexiva, sempre com supervisão inicial e orientação contínua por parte da EEESMO do ASSIR.

Durante a primeira semana de estágio, as atividades estão direcionadas à observação ativa, integração na dinâmica da equipa multidisciplinar, compreensão dos protocolos institucionais e familiarização com o sistema informático ECAP. Este momento inicial é essencial para estabelecer uma relação de confiança com a equipa, compreender a organização do serviço e desenvolver a capacidade de análise crítica do ambiente de cuidados.

À medida que o estágio progride, especialmente entre a segunda e a quarta semana, é previsto que a estudante assuma gradualmente maior responsabilidade nas atividades clínicas, participando nas consultas de vigilância da gravidez, consulta preventiva (citologias e colheita de VPH) e Tarde Jove, bem como nas aulas de preparação para o nascimento. Paralelamente, realiza a preparação da aula teórica de puerpério, dinamizada no dia 5 de outubro de 2024, com um período de preparação de cerca de duas semanas. Por fim, estão integradas duas formações complementares que contribuem para o desenvolvimento de competências holísticas no acompanhamento à mulher.

Semana	Datas	Atividades Previstas	Nível de Autonomia
Semana 1	9 set – 13 set	<ul style="list-style-type: none"> - Integração no ASSIR e na equipa multidisciplinar. - Observação de consultas de vigilância da gravidez e consulta preventiva. - Conhecimento dos protocolos institucionais e do sistema ECAP. - Planeamento das intervenções educativas. 	Observação ativa e prática supervisionada inicial.
Semana 2	16 set – 20 set	<ul style="list-style-type: none"> - Participação nas consultas de vigilância da gravidez e Tarde Jove. - Apoio à realização de citologias e colheita de VPH. - Início da preparação da aula teórica sobre o puerpério. 	Intervenção com supervisão próxima.
Semana 3	23 set – 27 set	<ul style="list-style-type: none"> - Participação nas consultas e nas aulas de preparação para o parto (exercício e teoria). - Continuação da preparação da aula de puerpério. - Colaboração em atividades de educação para a saúde. 	Prática supervisionada com crescente autonomia.

Semana 4	30 set – 4 out	<ul style="list-style-type: none"> - Participação ativa em consultas de vigilância da gravidez, preventiva e Tarde Jove. - Revisão final e preparação da aula de puerpério. - Planeamento das intervenções educativas para gestantes. - Participação na formação “Els cicles vitals de les dones” (2/Otubro). 	Prática supervisionada com autonomia parcial.
Semana 5	5 out – 10 out	<ul style="list-style-type: none"> - Dinamização da aula de preparação para o nascimento (tema: puerpério). - Participação na formação de yoga e meditação (10/Otubro). - Reflexão crítica e consolidação das aprendizagens. 	Prática autónoma e tomada de decisão fundamentada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste projeto de estágio constituiu um momento fundamental no meu percurso formativo enquanto futura Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia. Esta etapa desafiou-me a refletir de forma aprofundada sobre o papel do enfermeiro especialista, a complexidade dos contextos clínicos em que se insere e a importância do planeamento estruturado para garantir cuidados de qualidade e centrados na mulher e na família.

Ao delinear os objetivos e atividades, tive a oportunidade de reconhecer as minhas próprias necessidades formativas e de antecipar as estratégias que me permitirão crescer, progressivamente, em autonomia, responsabilidade e segurança. A possibilidade de realizar este estágio num serviço tão diferenciado como o da obstetrícia patológica e das consultas externas de alto risco proporciona-me um contexto de grande exigência, mas também de enorme potencial de aprendizagem, onde poderei consolidar competências clínicas, relacionais e éticas.

Este projeto reforça ainda o meu compromisso com uma prática profissional fundamentada nos princípios do Código Deontológico do Enfermeiro e nas competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, num caminho contínuo de aprendizagem e excelência para manter uma prática centrada na mulher, no recém-nascido e na família,

Estou consciente dos desafios, mas também profundamente motivada para abraçar esta etapa com sentido crítico, empatia e profissionalismo, sempre com o objetivo de prestar cuidados humanizados e tecnicamente adequados às mulheres e famílias que acompanho. Mesmo assim, encaro este estágio com motivação, responsabilidade e sentido ético, procurando integrar o conhecimento científico, a empatia e a escuta ativa na prestação de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção-Geral da Saúde. (2019). Regulamento n.º 391/2019 – Perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República, 2.ª série, n.º 68, 5 de abril de 2019.

Melián Armas, R. (2024). The benefits of hypnobirth during labor [Master's thesis, Instituto Politécnico de Santarém]. ProQuest Dissertations & Theses Global (31825301).

Ministério da Saúde. (2021). *Cuidados de saúde materna: Referencial de boas práticas*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)* (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Decreto_Lei_161_96.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Código Deontológico do Enfermeiro*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Codigo_Deontologico.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 391/2019 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Diário da República, 2.ª série – N.º 85 – 3 de maio de 2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/391-2019-122002052>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série – N.º 27 – 7 de fevereiro de 2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-118805059>

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience: Guidelines. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

Serviço Nacional de Saúde (SNS24). (2023). Gravidez de alto risco: Cuidados e acompanhamento. <https://www.sns24.gov.pt>

World Health Organization. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO Press.

Apêndice II. Entrevista semiestruturada

Guião de Entrevista Semi-estruturada

Título: *O hipnoparto como estratégia para uma experiência de parto positiva em contexto de indução do parto*

Introdução

Cara participante,

Muito obrigada por aceitar participar neste estudo. O seu testemunho é muito valioso para compreender de que forma as mulheres vivem o processo de indução do parto e como percebem as estratégias de hipnoparto, mesmo que não as tenham utilizado.

As suas respostas serão tratadas de forma **confidencial** e utilizadas **exclusivamente para fins científicos**. Pode interromper ou não responder a qualquer pergunta se assim o desejar.

Não existem respostas certas ou erradas — o que nos interessa é a sua experiência pessoal e a sua opinião.

1. Dados gerais

1. Idade: _____
2. Nacionalidade: _____
3. Nível de escolaridade: _____
4. Situação familiar atual (companheiro, apoio familiar, etc.): _____
5. Semanas de gestação no momento da indução: _____
6. Motivo da indução: _____
7. Frequentou algum curso de preparação para o parto? Qual tipo? _____
8. Que tipo de parto teve? _____

2. Expectativas e preparação prévia

1. Como imaginava o seu parto antes de saber que seria induzido?
2. O que sentiu ou pensou quando lhe comunicaram que seria necessário induzir o parto?
3. Já tinha ouvido falar antes sobre o hipnoparto ou técnicas semelhantes de relaxamento para o parto?
4. Que importância atribuía, antes do parto, ao papel da mente e das emoções no processo de parir?

3. A experiência do parto induzido

1. Como descreveria o seu processo de indução (duração, sensações, ambiente, apoio)?
2. Quais momentos recorda como mais difíceis ou intensos?
3. E quais recorda como mais positivos ou tranquilos?
4. Qual é a sua perceção sobre o papel dos profissionais de saúde durante o parto (enfermeiros/as, parteiras, médicos)?
5. Como descreveria a sua relação com a dor e o controlo durante o parto?

4. Relação com as estratégias de hipn parto

1. Utilizou alguma das estratégias explicadas (respiração, afirmações positivas, visualizações, relaxamento corporal...)? Em que momento?
2. Como avalia o conteúdo dos materiais? Pareceram-lhe úteis, claros e fáceis de compreender?
3. Acredita que estas estratégias poderiam ajudar outras mulheres que passam por uma indução do parto?
4. De que forma considera que os profissionais de enfermagem/obstetrícia poderiam apoiar melhor as mulheres na aplicação destas estratégias?

5. Perceções emocionais e significado pessoal

1. Como descreveria a sua experiência global de parto, com uma só palavra?
2. Que sentimentos a acompanharam antes, durante e depois do parto (medo, confiança, calma, surpresa...)?
3. Como avalia a sua própria capacidade para enfrentar o processo?
4. Há algum momento ou detalhe que recorde como particularmente positivo ou empoderador?
5. Houve algum aspeto que lhe causou frustração ou tristeza?
6. O que significa para si ter tido uma “experiência de parto positiva”?

6. Encerramento

1. Há algo mais que queira acrescentar ou partilhar sobre a sua experiência ou sobre o hipn parto?

Duração estimada: 25–35 minutos

Modalidade: Entrevista semiestruturada (via online)

Apêndice III. Consentimento informado

Consentimento Informado

Ex.ma Sra. _____,

Eu, Marina Trullols Tomàs, estudante do 2.º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, encontro-me a desenvolver uma investigação no âmbito da unidade curricular de Ensino Clínico, sob a orientação da Professora Conceição Santiago.

O presente estudo, intitulado “O hipnoparto como estratégia para uma experiência de parto positiva em contexto de indução do parto”, tem como principal objetivo compreender de que forma as estratégias de hipnoparto podem contribuir para uma experiência de parto positiva em mulheres submetidas a indução do parto.

O nosso primeiro contacto, ocorreu quando realizou a indução do parto programada, em que lhe foi disponibilizada informação e documentação sobre estratégias de hipnoparto que poderia utilizar livremente durante o trabalho de parto e que solicitei a sua colaboração no meu estudo com a realização desta entrevista online. A entrevista será realizada em formato online, em horário previamente acordado, num espaço escolhido pela participante, de forma a garantir a sua privacidade e anonimato.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, podendo ser recusada ou interrompida a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo ou penalização. Os dados recolhidos serão tratados de forma anónima e confidencial.

Os dados recolhidos serão analisados e utilizados exclusivamente para fins científicos e armazenados e guardados pela investigadora responsável, Marina Trullols Tomàs, em suporte digital protegido por palavra-passe, sendo apenas acessíveis à investigadora e à orientadora do estudo . Os dados serão também conservados por um período de três anos após a conclusão do estudo, sendo posteriormente destruídos de forma segura.

Embora não se prevejam riscos físicos associados à participação, algumas questões poderão abordar experiências pessoais e emoções sensíveis, podendo causar algum desconforto emocional. A participante poderá, a qualquer momento, interromper a entrevista ou optar por não responder a qualquer pergunta, sem qualquer prejuízo.

Pretende-se que este estudo contribua para o desenvolvimento de boas práticas e estratégias que possam melhorar a experiência de parto, especialmente em contextos de indução.

Agradeço desde já a sua colaboração e coloco-me inteiramente à disposição para qualquer esclarecimento adicional, através dos seguintes contactos:

- Investigadora responsável: Marina Trullols Tomàs –
[marinatrullols@gmail.com]
- Orientadora: Professora Conceição Santiago –
[mconceição.santiago@essaude.ipsaude.pt]

Declaração de Consentimento

Declaro que fui devidamente informada sobre os objetivos e procedimentos do estudo acima descrito, que compreendo a natureza voluntária da minha participação e que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Consinto, de forma livre e esclarecida, em participar neste estudo.

Sim, aceito participar no estudo

Não aceito participar no estudo

Data: _____

Assinatura da participante: _____

Assinatura da investigadora: _____

Agradeço a sua disponibilidade e colaboração no estudo!

Apêndice IV. Material de Hipnoparto: ferramentas.



RECURSOS D'HIPNOPART PER AL DIA DE LA TEVA INDUCCIÓ AL PART

ENTORN - SENTITS + ANCORATGES +

Sentir que estàs en un entorn de calma és fundamental per poder alliberar l'oxitocina que el teu cos necessita durant la inducció i el posterior treball de part.

Un ancoratge és un estímul capaç de portar-te a un estat emocional determinat.

L'entorn hospitalari pot resultar fred i poc acollidor, però els ancoratges et poden ajudar a sentir-te com a casa. Així que et proposo un exercici:

- Pensa en alguna cosa que et retorni a la calma mitjançant els cinc sentits. A continuació et deixo alguns exemples.

ENTORN - SENTITS + ANCORATGES +



TACTE

- Una manteta del teu bebé
- La mà de la teva parella
- Un massatge



GUST

- La xocolata
- Els dàtils
- Fruits secs

VISTA

- Foscor
- Una llum tènue
- Espelmes (per a l'hospital han de ser de llum)



OLFACTE

- Olis essencials de lavanda o cítrics
- Roba neta amb olor al suavitzant que sols utilitzar



OÏDA

- Música
- Soroll blanc
- Audios d'hipnopart



**Al mail que t'he enviat trobaràs un audio que et pot servir com a ancoratge per al sentit de l'oïda i del tacte. També trobaràs el guió escrit per si prefereixes que te'l llegeixi la teva parella.



AFIRMACIONS POSITIVES

Les afirmacions positives son eines poderoses per augmentar la confiança en un mateix i l'apoderament en el moment del part.

En hipnopart s'utilitzen algunes afirmacions positives com:

- Prenc les millors decisions per a mi i el meu bebé
- Soc una dona forta i segura
- Inhala pau, exhala tensió
- Relaxar la meva ment relaxa el meu cos

Tot i així, és més poderós i té un impacte major el fet de que cadascú es crei les seves pròpies afirmacions personals i que reflexin els seus pensaments i necessitats.



AFIRMACIONS POSITIVES

Pots crear les teves pròpies afirmacions positives seguint els següents passos:

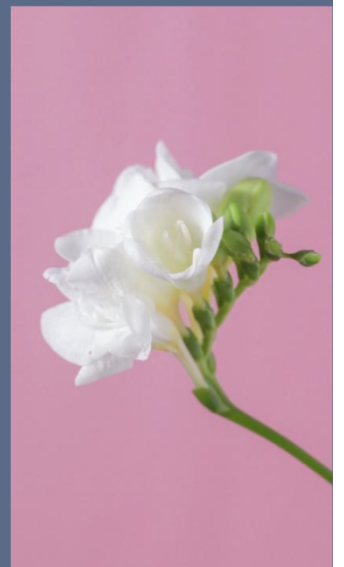
1. Escriu alguna cosa que et preocupi o et faci por.
2. Transforma la teva frase escrivint-ne una que la canceli o neutralitzi.
3. Assegura't que estàs en present, primera persona i afirmatiu.

EX: Tinc por al dolor → Confio en la meua capacitat per donar a llum // Cada onada uterina m'apropa a conèixer al meu nadó.

**Escriu les teves afirmacions positives en tarjetes i emporta-te-les a l'hospital.

RESPIRACIÓ I VISUALIZACIÓ

- Fase ascendent (durant la inducció i dilatació): inhala i exhala el doble de la inhalació.
- Fase descendent (durant el període expulsiu): utilitza respiracions més ràpides, et pot ajudar visualitzar una flor obrint-se o una gota amb l'ona que fa al caure a l'aigua



RESPIRACIÓ I VISUALIZACIÓ



RECORDA
RELAXAR LA
MANDÍBULA! ET
POT AJUDAR FER
BOCA DE CABALL.
PETONS
APASSIONATS.
VOCALITZAR AMB
LA A O BEURE AMB
PALLETA

01



ARA ES EL TORN DE LA TEVA PARELLA!

MASSATGES



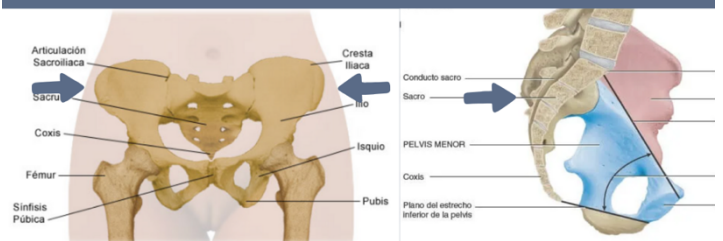
MASSATGE DE L'ARBRE

Una tècnica efectiva es el massatge en forma d'arbre, conegut també com a "desmai". En aquesta tècnica, s'acaricia suauement la columna i l'esquena de la mare amb la part davantera de les mans, iniciant el moviment des del sacre fins al coll i obrint-se cap a l'esquena. Aquests moviments estimulen l'alliberació d'endorfines, que actuen com analgèsics naturals, proporcionant alleugeriment i reduint el dolor.

MASSATGES

COMPRESSIÓ SACRA I ILÍACA

Una altra tècnica útil és l'aplicació de contrapressió en la zona del sacre i les crestes ilíaques, segons la preferència de la mare. Al exercir pressió ferma en aquestes àrees, s'aconsegueix alleugerir la tensió i aconseguir major benestar físic. Això pot ajudar a reduir les molèsties associades amb les contraccions uterines i afavorir un major confort durant el part.



ESCALA DE GESTIÓ DEL DOLOR

El missatge principal en hipnòpart quan parlem de dolor és que pot o no haver-hi dolor, però no ha d'haver-hi patiment. A més, si ho consideres necessari, et pots recolzar en recursos externs.

Remeis no farmacològics:

- Recursos d'hipnòpart.
- Llibertat de moviment (connexió amb el cos).
- Hidroteràpia (dutxa o banyera).
- Aromateràpia.
- Màquina TENS.
- "Rebozo".
- Pilota de parts.
- Bossa d'aigua calenta o sac de llavors.
- Lianes

Recursos farmacològics:

- Epidural.
- Òxid nítrós.
- Altres fàrmacs (opioides).



106

ESCALA DE GESTIÓ DEL DOLOR

RECORDA! Tots els recursos esmentats anteriorment són vàlids.



Et suggereixo que els col·loquis en una escala per ordre de prioritats. En aquest cas, quan el primer recurs et deixi de ser útil passa al següent i així successivament.

Apêndice V. Material de Hipnoparto: guião de áudio de hipnoparto

GUIÓN DEL AUDIO DE HIPNOPARTO EN PAREJA

Túmbate o siéntate cómodamente. Deja caer por completo el peso de tu cuerpo. Cierra los ojos y concéntrate en mi voz. Deja que tus párpados descansen, completamente relajados. Respira con calma, despacio, con normalidad, a un ritmo cómodo para ti.

Respira profundamente.

Centra tu atención en la respiración y deja que poco a poco se vuelva más pausada. Más profunda. Con cada respiración te relajas más y más. Tu frente se relaja, tus cejas están completamente relajadas, sin tensión.

A continuación, contaré hasta tres, y cuando lo haga, con cada número te sentirás más y más relajada. Uno al coger aire, tus pulmones se expanden. Dos respiras paz, calma, tranquilidad. Tres completamente relajada.

Ahora, sentirás mi mano en tu hombro.

[ACOMPAÑANTE APOYA UNA MANO EN EL HOMBRO DE LA MADRE CON DELICADEZA]

Relaja, relaja, relaja.

El calor de mi mano en tu hombro te relaja más y más. Estás relajada. Te sientes segura.

Estoy a tu lado. Te apoyo.

Ahora siente como esa relajación se extiende por tu cuerpo. Baja desde tu frente, cejas, párpados, a tus mejillas, nariz... Relaja la mandíbula, relaja la boca, labios. Relaja tu cuello y espalda. Todos los músculos relajados. Sabes que esa energía, ese calor puede moverse por tu cuerpo como tu elijas, eliminando cualquier tensión a su paso.

Respiras paz y tranquilidad y al exhalar dejas ir todo lo que no te hace bien. La relajación llega a tu pecho, a tu abdomen y quizá sientes la presencia de nuestro bebé en tu abdomen. A continuación moveré mi mano a tu abdomen.

[ACOMPANHANTE MUEVE TU MANO DEL HOMBRO AL ABDOMEN]

Relaja, relaja, relaja.

El calor de mi mano en tu abdomen te relaja más y más. Cada movimiento te relaja más y más. Nuestro bebé también se relaja. Inhalas paz y amor. Exhalas tensión.

Deja que tu cuerpo se hunda, deja caer todo tu peso. Deja que el calor de mi mano te relaje aún más y más. Sabes que puedes sentir ese calor, comodidad y calma en cualquier zona de tu cuerpo.

Relajando y soltando cualquier tensión.

Disfruta por un momento de estar tan relajada, de la paz que sientes. A continuación, contaré hasta 5, cada número te lleva a una relajación más profunda.

- (Uno) Confías en tu cuerpo e instinto
- (Dos) El parto es seguro, estás segura
- (Tres) Sabes que todo está bien
- (Cuatro) Sabes que todo lo que necesitas está dentro de ti
- (Cinco) Sabes dar a luz y nuestro bebé sabe nacer
- (Uno)
- (Dos)
- (Tres)
- (Cuatro)
- (Cinco) Inhala y exhala creando calma y relajación. Sabes que conforme practiquemos juntos/as, más fácil te resultará relajarte. Conforme practiquemos tu positividad y confianza aumentarán, te será más fácil soltar, relajar, dejar ir...

Ahora, retiraré mi mano de tu abdomen y cuando lo haga te sentirás más y más relajada.

**[ACOMPANHANTE YA PUEDES QUITAR TU MANO DEL ABDOMEN DE LA
MADRE]**

Ahora, respira lenta y profundamente, alargando la exhalación dos veces. Inhalas 2, 3, 4, exhalas 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Inhalas 2, 3, 4, exhalas 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

Centra tu atención en la respiración. Ahora contaré hasta 3 y cuando lo haga, con cada número irás devolviendo tu atención a tu alrededor.

1. Lleva algo de movimiento a tu cuerpo, quizá un balanceo o quizá empiezas a mover los dedos.
2. Inhalas y exhalas lenta y profundamente, sintiéndote relajada, en calma
3. Cuando estés lista, poco a poco, puedes abrir los ojos y devolver tu atención a tu alrededor

**Apêndice VI. Sessão formativa sobre extração e conservação do leite
materno**

EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LECHE MATERNA

María Simón Marina Trullols



INTRODUCCIÓN



La lactancia materna es la opción óptima de alimentación para los recién nacidos, incluyendo aquellos cuyas madres han experimentado complicaciones médicas durante o después del parto. En contextos de cuidados intensivos para adultos, **es fundamental ofrecer apoyo personalizado a las madres que desean amamantar**, a pesar de las limitaciones físicas y emocionales que puedan experimentar.

OBJETIVOS PRINCIPALES DE LA SESIÓN

1. Comprender la **importancia** de la **lactancia materna** en situaciones complejas.
2. Aprender las **técnicas de extracción manual y mecánica** de leche materna.
3. Aprender sobre **almacenaje y conservación** de la leche materna.
4. Identificar estrategias para **apoyar a madres** en contextos hospitalarios complicados.



CARACTERÍSTICAS DE LAS PACIENTES EN LA UCI

Complicaciones médicas:

- Preeclampsia y eclampsia.
- Hemorragia postparto.
- Sepsis o infecciones graves.
- Enfermedades crónicas descompensadas (cardíacas, respiratorias, etc.).

LIMITACIONES FÍSICAS:

- Inmovilidad debido a sedación, dolor o debilidad.
- Fatiga extrema o falta de energía.

IMPACTO EMOCIONAL:

- Estrés por el propio estado de salud.
- Separación del recién nacido (especialmente en casos de ingreso neonatal).

ROL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD:

- Facilitar el contacto madre-hijo siempre que sea posible.
- Garantizar que la madre reciba información clara y precisa.
- Crear un entorno que respete las necesidades emocionales y físicas de la paciente.



LACTANCIA MATERNA EN LA UCI: ESTRATEGIAS CLAVE

PRIMEROS PASOS:

- Cuando la madre está estable, es prioritario **iniciar el proceso de lactancia en las primeras 6 horas** postparto para estimular la producción de leche.
- Si no es posible amamantar directamente, se debe **comenzar con extracciones** (manuales o mecánicas).

EDUCACIÓN A LA MADRE:

- Explicar la importancia de la lactancia para **mantener el vínculo con el recién nacido y los beneficios para su salud.**
- Enseñar **técnicas sencillas** que pueda realizar con mínima ayuda.

GESTIÓN DE LA PRODUCCIÓN DE LECHE:

- Informar que **la producción depende de la estimulación regular.**
- **Recomendar sesiones de extracción cada 2-3 horas**, incluso si no se ve leche en las primeras extracciones (especialmente calostro).

ADAPTACIÓN DEL ENTORNO HOSPITALARIO:

- Proporcionar **espacios tranquilos y privados** para la extracción.
- Poner a disposición **extractores adecuados y personal formado.**

EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE

VENTAJAS:

LA EXTRACCIÓN MANUAL ES UNA TÉCNICA ESENCIAL, ESPECIALMENTE EN LOS PRIMEROS DÍAS TRAS EL PARTO, CUANDO EL CALOSTRO ES ESPESO Y SE PRODUCE EN PEQUEÑAS CANTIDADES.

- No requiere equipamiento especial.
- Puede ser útil en cualquier momento y lugar.
- Favorece un contacto cercano con el pecho, lo que puede estimular la producción de leche.

TÉCNICA PASO A PASO:

1. PREPARACIÓN:

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Asegurarse de que la madre esté cómoda y relajada.
- Aplicar calor en el pecho (toalla caliente) y realizar masajes circulares suaves, de la parte mas externa hacia la areola y sacudiendo.

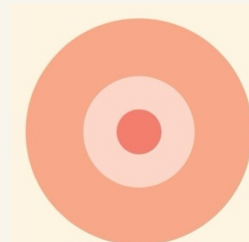
2. EXTRACCIÓN:

- Formar una "C" con la mano, colocando el pulgar por encima de la areola y los demás dedos por debajo.
- Realizar compresiones rítmicas y suaves sin causar dolor.
- Recoger la leche en un recipiente estéril.

3. CONSEJOS:

- Es normal que las primeras gotas sean escasas; la constancia es clave.
- Animar a la madre a repetir la técnica cada 2-3 horas.

EXTRACCIÓN MANUAL DE LECHE: TÉCNICA DE MARMET



EXTRACCIÓN MECÁNICA DE LECHE

Los extractores son una herramienta fundamental para las madres hospitalizadas que no pueden amamantar directamente.



MANUAL

- Económicos y fáciles de transportar.
- Recomendados para uso ocasional o cuando no hay acceso a electricidad.

VIDEO

TIPOS DE EXTRACTORES



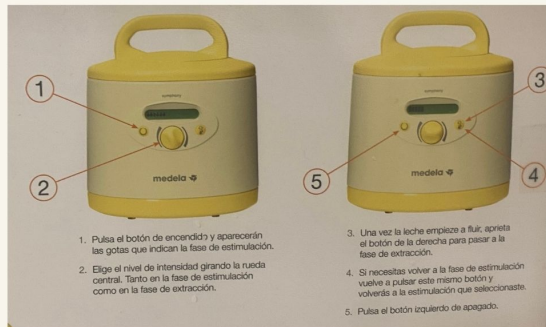
ELÉCTRICO

- Más eficientes, especialmente los de doble extracción (reducen el tiempo a la mitad).
- Indicados para madres que necesitan extracciones frecuentes.

VIDEO

EXTRACCIÓN MECÁNICA DE LECHE

INSTRUCCIONES DE USO



1. Pulsa el botón de encendido y aparecerán las gotas que indican la fase de estimulación.
2. Elige el nivel de intensidad girando la rueda central. Tanto en la fase de estimulación como en la fase de extracción.

3. Una vez la leche empieza a fluir, aprieta el botón de la derecha para pasar a la fase de extracción.
4. Si necesitas volver a la fase de estimulación vuelve a pulsar este mismo botón y volverás a la estimulación que seleccionaste.
5. Pulsa el botón izquierdo de apagado.

1. HIGIENE

Lavarse bien las manos y limpiar todas las piezas del extractor que entren en contacto con la leche.

2. COLOCACIÓN

Ajustar el cono al tamaño de la areola para evitar dolor o lesiones.

3. ESTIMULACIÓN Y EXTRACCIÓN

Comenzar con una intensidad baja y aumentar gradualmente según comodidad.

4. FRECUENCIA

Repetir cada 2-3 horas durante 15-20 minutos por sesión.

ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

Recomendaciones generales:

- Utilizar recipientes estériles o bolsas específicas, etiquetando con la fecha y hora de la extracción.
- Guardar en pequeñas cantidades (50-100 ml) y refrigerar o congelar inmediatamente.
- Etiquetar con el día y la hora de extracción

Higiene:

- Lavar y esterilizar todo el material tras cada uso.
- Lavarse bien las manos antes de manipular la leche.

DURACIÓN SEGÚN EL MÉTODO DE ALMACENAMIENTO:



Temperatura ambiente: Hasta 4 horas.



Nevera: 3-5 días.



Congelador: Hasta 6 meses.

DESCONGELACIÓN Y USO:

- Descongelar en la nevera (12-24 h), bajo agua tibia o al baño maría.
- No usar microondas ni volver a congelar leche descongelada.
- Usar leche descongelada en las siguientes 24 horas.

ALMACENAMIENTO Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

Recomendaciones generales:

- Utilizar
- Guardar

Higiene:

- Lavar y
- Lavarse bien las manos antes de manipular la leche.

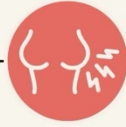
DURACIÓN SEGÚN EL MÉTODO DE

¡IMPORTANTE!

La leche que la paciente consiga extraer se debe guardar en frío y etiquetar con el nombre de la paciente, el día y la hora de extracción para posteriormente ser trasladada a la Unidad Neonatal

- Descongelar en la nevera (12-24 h), bajo agua tibia o al baño maría.
- No usar microondas ni volver a congelar leche descongelada.
- Usar leche descongelada en las siguientes 24 horas.

RETOS Y SOLUCIONES EN LA UCI: PROBLEMAS COMUNES



DOLOR O SENSIBILIDAD:
Recomendar masajes y ajustes en la técnica de extracción.



PRODUCCIÓN INSUFICIENTE:
Motivar a la madre a aumentar la frecuencia de extracción y ofrecer apoyo emocional.



FALTA DE PRIVACIDAD:
Crear espacios seguros y respetuosos dentro de la UCI.

ESTRATEGIAS DE APOYO

- Equipo multidisciplinar formado en lactancia.
- Proporcionar recursos visuales (vídeos, pósteres) para reforzar el aprendizaje.
- Ofrecer apoyo psicológico para reducir el estrés de la madre.

UNIDAD NEONATAL

HORARIOS

Entrada 24h para los padres.

VISITAS (siempre acompañadas de los padres):

- De 11:30h a 12h de la mañana
- De 17:30h a 18h de la tarde
- De 23:30h a 24h de la noche

En la UNIDAD DE CRÍTICOS: **1 acompañante**
En la UNIDAD DE SEMICRÍTICOS: **2 acompañantes**



CONCLUSIONES Y RECURSOS

01

La lactancia materna es posible incluso en situaciones críticas si se proporcionan las herramientas y el apoyo adecuados.

02

Los profesionales formados en lactancia son esenciales para mejorar la experiencia de la madre y el recién nacido.

03

Recursos recomendados:



- Guía de la OMS sobre lactancia.
- Recursos de la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN).
- Página web: e-lactancia.org