

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio

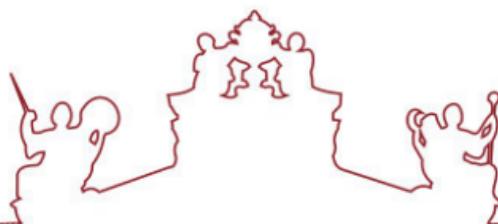
**Desafios na Maternidade: Vulnerabilidades das Mulheres
Migrantes durante a Gravidez e Pós-Parto**

Ana Catarina Nunes Caetano da Silva

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2025





Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

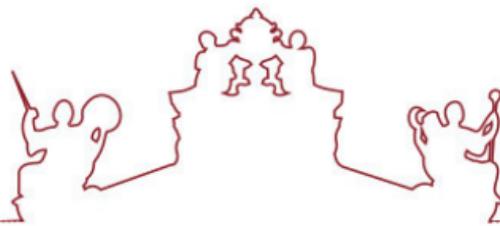
Relatório de Estágio

**Desafios na Maternidade: Vulnerabilidades das Mulheres
Migrantes durante a Gravidez e Pós-Parto**

Ana Catarina Nunes Caetano da Silva

Orientador(es) | Maria Otília Brites Zangão

Évora 2025



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente | Maria da Luz Ferreira Barros (Universidade de Évora)

Vogais | Maria Otília Brites Zangão (Universidade de Évora) (Orientador)
Paula Bilro (Universidade de Évora) (Arguente)

Agradecimentos

Aos meus pais, por me apoiarem e me concederem a liberdade de ser aquilo que desejo.

A todas as mulheres corajosas, que enfrentam os desafios, superam os julgamentos e lutam até o fim.

Acrónimos/Siglas

- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- CTG - Cardiotocografia
- DeCS - Descritores em Ciências da Saúde
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- ENP - Estágio de Natureza Profissional
- ENPRF - Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final
- ESESJD - Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus
- INE – Instituto Nacional de Estatística
- MFH - *Migrant-Friendly Hospitals*
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PNVGBR - Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco
- RN – Recém-Nascido
- SNS - Serviço Nacional de Saúde
- TDUCC -Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural
- UC – Unidade Curricular
- UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- ULS - Unidade Local de Saúde
- UNICEF - *United Nations International Children's Emergency Fund*
- URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
- WHO - *World Health Organization's*

Título: Desafios na Maternidade: Vulnerabilidades das Mulheres Migrantes durante a Gravidez e Pós-Parto

RESUMO

Introdução: Neste Relatório sobre o estágio, evidenciou-se as competências do enfermeiro obstetra. Também se aprofundou a vulnerabilidade das mulheres migrantes, destacando desafios na gravidez e no pós-parto, que afetam a experiência materna e a qualidade dos cuidados prestados.

Objetivo: Analisar reflexivamente a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro obstetra durante o estágio, assim como a evidência relativa às vulnerabilidades das mulheres migrantes durante a gravidez e no pós-parto.

Metodologia: Estágio realizado sob supervisão clínica e orientação pedagógica. Realizada revisão da literatura, assim como a reflexão de experiências clínicas.

Resultados: Foram identificadas barreiras linguísticas e culturais, dificuldades no acesso à saúde e maior incidência de complicações obstétricas, quando comparadas com mulheres não migrantes. As intervenções dos enfermeiros obstetras incluíram comunicação intercultural, abordagens culturalmente sensíveis e congruentes e promoção do parto humanizado.

Conclusão: Foram adquiridas as competências inerentes ao exercício profissional dos enfermeiros obstetras, assim como relativas à temática em apreço.

Descritores/Palavras-chave: Vulnerabilidade em Saúde; Migrantes; Gravidez; Parto; Período Pós-parto; Enfermeiro Obstetra.

Title: *Challenges in Motherhood: Vulnerabilities of Migrant Women during Pregnancy and Postpartum*

ABSTRACT

Introduction: This internship report highlights the competencies of the obstetric nurse. It also delves into the vulnerability of migrant women, emphasizing the challenges they face during pregnancy and the postpartum period, which impact maternal experiences and the quality of care provided.

Objective: To reflectively analyze the acquisition of common and specific competencies of the obstetric nurse during the internship, as well as the evidence related to the vulnerabilities of migrant women during pregnancy and postpartum.

Methodology: The internship was conducted under clinical supervision and pedagogical guidance. A literature review was carried out, along with reflections on clinical experiences.

Results: Identified challenges included language and cultural barriers, difficulties in accessing healthcare, and a higher incidence of obstetric complications compared to non-migrant women. Obstetric nurses' interventions included intercultural communication, culturally sensitive and congruent approaches and the promotion of humanized childbirth.

Conclusion: The competencies inherent to the professional practice of obstetric nurses were acquired, along with those related to the topic under study.

Descriptors/Key-words: Health Vulnerability; Transients and Migrants; Pregnancy; Parturition; Postpartum Period; Nurse Midwives.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	16
1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ONDE DECORREU O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	17
1.2. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	26
2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	33
2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO: VIVÊNCIAS DAS MULHERES MIGRANTES DURANTE A GRAVIDEZ E PÓS-PARTO: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	33
2.1.1. ENFERMAGEM TRANSCULTURAL	35
2.2. REVISÃO NARRATIVA “VULNERABILIDADES DAS MULHERES MIGRANTES DURANTE A GRAVIDEZ E PÓS-PARTO: INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS”	38
2.2.1. <i>Introdução</i>	38
2.2.2. <i>Metodologia</i>	39
2.2.3. <i>Resultados e Discussão</i>	40
2.2.4. <i>Conclusão</i>	52
2.3. RESULTADOS EMPIRICOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA	53
2.4. DISCUSSÃO GERAL	71
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS 73	
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS	73
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	79
CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	118
ANEXO A – CERTIFICADO CONSELHEIRA EM ALEITAMENTO MATERNO	119
APÊNDICES	121
APÊNDICE A – PROJETO DE ESTÁGIO	122
APÊNDICE B - APRESENTAÇÃO PARA COMEMORAÇÃO DA SEMANA MUNDIAL DO ALEITAMENTO MATERNO “PAPEL DOS AVÓS E FAMÍLIA NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO”	124

APÊNDICE C – FOLHETO INFORMATIVO “ALEITAMENTO MATERNO”	125
APÊNDICE D – FOLHETO INFORMATIVO “CANCRO DA MAMA”	127
APÊNDICE E – SESSÃO DE PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE “MITOS SOBRE A AMAMENTAÇÃO”	129
APÊNDICE F – REFLEXÃO CRÍTICA SOB METODOLOGIA CICLO DE GIBBS “O QUE A LUÍSA ME ENSINOU!”	130

Índice de figuras

Figura 1. Tendência Evolutiva de Estrangeiros Residentes.....	34
Figura 2. Distribuição etária de estrangeiros residentes em Portugal, por género	34
Figura 3. Taxa bruta de natalidade feminina de portuguesas e estrangeiras, entre 2011 e 2022	35
Figura 4. Mulheres atendidas em 6 semanas, por tipo de consulta	54
Figura 5. Mulheres migrantes e mulheres portuguesas alvo de cuidados	55
Figura 6. Distribuição das mulheres portuguesas por faixa etária	56
Figura 7. Distribuição das mulheres migrantes por faixa etária	57
Figura 8. Distribuição das mulheres migrantes por nacionalidade	58
Figura 9. Distribuição das mulheres migrantes por área de residência	58
Figura 10. Distribuição das mulheres migrantes e mulheres portuguesas por paridade	59
Figura 11. Distribuição das mulheres migrantes e mulheres portuguesas por vigilância na gravidez	59
Figura 12. Distribuição das mulheres migrantes e mulheres portuguesas por intercorrências na gravidez	61
Figura 13. Distribuição das mulheres puérperas migrantes e mulheres puérperas portuguesas, no puerpério.....	62
Figura 14. Distribuição das mulheres puérperas migrantes e mulheres puérperas portuguesas por grupo etário	62
Figura 15. Distribuição das mulheres puérperas migrantes por nacionalidade	63
Figura 16. Distribuição das mulheres puérperas migrantes por área de residência.....	63
Figura 17. Distribuição das mulheres puérperas migrantes e mulheres puérperas portuguesas por paridade.....	64
Figura 18. Distribuição das mulheres puérperas migrantes e mulheres puérperas portuguesas por tipo de parto.....	64
Figura 19. Distribuição das mulheres puérperas migrantes e mulheres puérperas portuguesas por tipo de parto distócico.....	65
Figura 20. Distribuição das mulheres puérperas migrantes e mulheres puérperas portuguesas por intercorrência na gravidez	65
Figura 21. Distribuição das mulheres puérperas migrantes e mulheres puérperas portuguesas por vigilância da gravidez	66
Figura 22. Distribuição das mulheres migrantes e mulheres portuguesas por analgesia epidural	67
Figura 23. Distribuição dos RNs de mulheres migrantes e mulheres portuguesas por idade gestacional.....	68

Figura 24. Distribuição dos RNs de mulheres migrantes e mulheres portuguesas por peso ao nascer 68

Figura 25. Distribuição dos RNs de mulheres migrantes e mulheres portuguesas por tipo de alimentação 70

Figura 26. RNs de mulheres migrantes e mulheres portuguesas com necessidade de internamento no Serviço de Neonatologia 70

Índice de tabelas

Tabela 1. Contextos clínicos do 1º Semestre do 2º Ano 16

Tabela 2. Contextos clínicos do 2º Semestre do 2º Ano 17

INTRODUÇÃO

O Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica da Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus [ESESJD], publicado no Diário da República nº 15812/2019, Série II de 07 de outubro de 2019, contempla, no 2º ano do curso, a Unidade Curricular [UC] Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final [ENPRF]. A mesma UC tem sustentação em dois pilares principais: a) experiência clínica em contextos diversificados e b) o relatório final de estágio, onde convergem as experiências e competências adquiridas nos vários contextos de estágio. Acresce ainda, que cabe ao estudante a escolha de uma área temática para aprofundar e desenvolver ao longo desse processo formativo que decorre no 2º ano do curso.

O ENPRF, teve início a 11 de setembro de 2023 com término a 23 de junho de 2024, tendo decorrido em vários contextos clínicos, nomeadamente em contexto de Cuidados de Saúde Primários [CSP], num Centro de Saúde da Região do Baixo Alentejo, e em contexto de internamento, mais especificamente, num serviço de internamento de grávidas, num serviço de Urgência Obstétrica/ Ginecologia, num Bloco de Partos e num Internamento de Puerpério.

Relativamente à temática escolhida, emergiu a preocupação em compreender as necessidades e vulnerabilidades das mulheres migrantes ao longo da gravidez e no período pós-parto. A *World Health Organization's* [WHO] *Regional Office for Europe* publicou, em janeiro de 2018, o *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region*, relatório que fornece uma visão geral, tendências e políticas em matéria de saúde dos refugiados e migrantes na região da Europa, bem como estratégias e recomendações para melhorar os cuidados de saúde dessa população.

De acordo com a mesma fonte e, em relação aos indicadores relativos à gravidez, há evidências de uma tendência marcada para piores indicadores entre refugiados e migrantes. Os cuidados de saúde materna devem ter em conta as necessidades particulares relativas às populações migrantes e refugiados. Comparado com não migrantes, a maioria das mulheres migrantes enfrenta dificuldades resultantes da gravidez. A saúde materna e infantil, constituem áreas onde a confiança, compreensão,

tolerância, disponibilidade e acessibilidade afetam particularmente os comportamentos de procura de cuidados de saúde.

Numa revisão recente da Organização Mundial de Saúde ([OMS], 2018) citada pela mesma fonte, constatou-se que as mulheres migrantes e as mulheres refugiadas tiveram mais advenços negativos de gravidez, em comparação com mulheres não migrantes, incluindo aumento em eventos pré e perinatais, como abortos induzidos, cesarianas, partos instrumentais e complicações durante o parto.

Os resultados do Relatório de Saúde dos refugiados e migrantes da região europeia, evidenciam também uma maior prevalência de bebés com baixo peso ao nascer e pequenos para a idade gestacional em mulheres refugiadas e migrantes, sendo que as mulheres refugiadas tendem a ter um maior risco do que outros grupos migrantes. Estudos realizados em Itália e Portugal indicam um aumento de parto prematuro. Na Região Europeia, a mortalidade materna é maior entre as mulheres migrantes do que entre as não migrantes. Por outro lado, o mesmo relatório é perentório ao declarar que a mortalidade materna pode ser reduzida com cuidados adequados e apoio médico, e a identificação precoce de fatores de risco podem proteger as mulheres migrantes de condições obstétricas e perinatais adversas. (WHO, 2019a).

Segundo Ramos (2012) “a migração vem complicar e vulnerabilizar a situação de gravidez e maternidade as primeiras interações com a criança, pelos condicionalismos impostos pela migração: a aculturação, a solidão/isolamento e o individualismo,” (p. 89). Além dos problemas de natureza física, muitas mulheres sofrem de problemas de saúde mental durante ou após a gravidez, principalmente de depressão pós-parto. Em Portugal, por exemplo, o risco de depressão pós-parto é seis vezes maior em mães migrantes do que em mães não migrantes. O nascimento em situação migratória favorece e acentua distúrbios culturais e psicológicos. Para as mães migrantes, esta situação poderá constituir-se traumática e ser fonte de grande sofrimento, sobretudo para as mães que vêm de meios tradicionais, onde a mãe e a criança são fonte de cuidados de toda a família e da comunidade envolvente, e de cuidados aprendidos e transmitidos na sua cultura e família, de geração em geração (Ramos, 2012).

Tendo em conta a vulnerabilidade e os riscos acrescidos das mulheres migrantes ao longo da gravidez e no período pós-natal, importa identificar precocemente quais as necessidades e riscos acrescidos dessas mulheres. É tendo como fundamentação a situação descrita que se pretende dar especial relevo ao grupo alvo de mulheres

migrantes durante a gravidez e pós-parto, indo ao encontro da 7^a competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [EEESMO]: *Cuida o grupo-alvo* (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade, com o descritivo: *cuida o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população* norteou a intervenção ao longo dos diferentes contextos clínicos do ENPRF, assumindo que cada unidade de competência e respetivos critérios de avaliação serão mais sensíveis aos cuidados e objetivos prevaletentes em cada um dos contextos de clínicos. Para além disso, sustentou-se o tema e o agir, na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural [TDUCC] de Madeleine Leininger, teoria que visa descrever, explicar, interpretar e prever o cuidado cultural congruente, com a finalidade de atingir o objetivo final que é o de fornecer cuidados de qualidade aos utentes de diversas culturas que sejam congruentes, satisfatórios e benéficos (Leininger, 1988). Partilham-se das ideias de Leininger (1994), ao referir que a enfermagem valoriza e defende a qualidade de vida e o cuidado humano, não se podendo compreender o verdadeiro significado destas expressões, sem se abordar o conhecimento da cultura.

Relativamente às atividades desenvolvidas, as mesmas procuraram atingir os objetivos de aprendizagem preconizados no planeamento da UC, bem como as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e as Competências Específicas do EEESMO. Para tal, a variedade de contextos possibilitou um maior desenvolvimento de cada uma dessas competências, de acordo com a missão de cada serviço ou unidade de cuidados.

O presente relatório pretende constituir um documento científico, apresentando uma descrição e reflexão acerca das atividades desenvolvidas nos estágios decorridos nos contextos acima referidos, bem como apresentar os contributos da revisão narrativa sobre o tema “Vulnerabilidades das Mulheres Migrantes durante a gravidez e pós-parto”. Esta revisão teve, assim, como objetivo geral compreender as vulnerabilidades das mulheres migrantes durante a gravidez e pós-parto e destacar as principais intervenções dos enfermeiros obstetras que podem contribuir para o cuidado transcultural e mais humanizado a esta população.

Este relatório tem como objetivo, analisar reflexivamente a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro obstetra durante o estágio, assim

como a evidência relativa às vulnerabilidades das mulheres migrantes durante a gravidez e no pós-parto.

O relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: na sequência desta introdução, prosseguimos com um primeiro capítulo onde é feita a caracterização dos contextos de estágio; num segundo capítulo, é exposta a revisão narrativa da literatura realizada e os resultados empíricos obtidos. O terceiro capítulo corresponde à análise reflexiva sobre todas as atividades desenvolvidas durante o estágio e, por fim, apresenta-se a conclusão. Finaliza-se o Relatório com as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices.

O presente Relatório foi elaborado respeitando as orientações institucionais para a formatação de trabalhos escritos das Normas de elaboração de Trabalhos Académicos e Científicos Escritos na Universidade de Évora – ESESJS com a Ordem de Serviço n.º 01/2023 (ESESJD, 2023) e encontra-se redigido de acordo com a norma *American Psychological Association*, 7ª edição (American Psychological Association, 2020).

1. CONTEXTO CLÍNICO DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

É importante combinar diferentes métodos de ensino para adquirir competências, sendo que a escolha e adequação das técnicas aos objetivos pode-se traduzir na eficácia do desenvolvimento da aprendizagem. A literatura sugere combinar métodos de ensino uma vez que, diferentes estratégias de ensino-aprendizagem podem otimizar os resultados da aprendizagem, a motivação, autoeficácia, responsabilidade, trabalho em equipa e pensamento crítico, que sustentam o raciocínio fundamental para a tomada de decisão (Leal et al., 2024).

O contexto clínico desempenha, assim, um papel importante permitindo que os estudantes superem a lacuna teoria-prática e assim adquiram competências de forma mais eficaz nos contextos clínicos onde participam na prestação de cuidados e trabalhem ao lado de profissionais que apoiem e incentivem a aprendizagem (Mbakaya et al., 2020).

O ponto de partida do ENPRF foi a apresentação e submissão de um projeto (Apêndice A), onde de forma pormenorizada foi elaborado o plano de atividades relativo a cada um dos contextos clínicos, enunciando os objetivos, as atividades a desenvolver, os resultados esperados e o processo de avaliação.

Tal como já referido, o Estágio de Natureza Profissional [ENP] teve lugar em diversos contextos clínicos, ao longo de dois semestres diferentes, pelo que para facilitar a exposição e leitura da informação, foram elaboradas duas tabelas, cada uma delas relativa a um semestre.

O primeiro semestre, decorreu entre 11 de setembro de 2023 a 21 de janeiro de 2024 e contemplou três contextos clínicos, referidos na Tabela 1.

Tabela 1. Contextos clínicos do 1º Semestre do 2º Ano

1º Semestre/ 2º Ano		
Período	Semanas	Contexto Clínico
11 de setembro a 22 de outubro de 2023	6 semanas	Cuidados de Saúde Primários – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP], de um Centro de Saúde da Região do Baixo Alentejo
23 de outubro a 3 de dezembro de 2023	6 semanas	Internamento de grávidas com patologia e Serviço de Urgência Obstetrícia/ Ginecologia – Hospital da Região do Baixo Alentejo (Hospital B)
4 de dezembro de 2023 a 21 de janeiro 2024	6 semanas	Bloco de Partos - Hospital da Região do Baixo Alentejo (Hospital B)

Fonte: Elaboração própria

O 2º semestre decorreu no período compreendido entre 14 de fevereiro e 23 de junho de 2024. Os contextos clínicos nos quais se realizaram as experiências clínicas estão enunciados na Tabela 2.

Tabela 2. Contextos clínicos do 2º Semestre do 2º Ano

2º Semestre/ 2º Ano		
Período	Semanas	Contexto Clínico
14 de fevereiro de 2024 a 10 de março de 2024	4 semanas	Bloco de Partos – Hospital Público da Região do Algarve (Hospital F)
11 de março de 2024 a 17 de março de 2024	1 semana	Neonatologia - Hospital Público da Região do Alentejo (Hospital E)
18 de março de 2024 a 28 de abril de 2024	5 semanas	Internamento de Puerpério – Hospital da Região do Baixo Alentejo (Hospital B)
29 de abril de 2024 a 23 de junho de 2024	8 semanas	Sala de Partos - Hospital da Região do Baixo Alentejo (Hospital B)

Fonte: Elaboração própria

1.1. CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO ONDE DECORREU O ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Tendo a maioria dos contextos clínicos decorrido em Unidades de Saúde do Alentejo, optou-se por realizar a caracterização dessa Unidade de Saúde e respetivos serviços/unidades, bem como fazer uma breve caracterização sociodemográfica relativa à população de abrangência.

A Unidade Local de Saúde [ULS] em questão foi criada a 4 de setembro de 2008 ao abrigo do Decreto-Lei n.º 183/2008. Por integrar cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados, esta entidade passou a ser uma ULS, permitindo a integração numa única entidade pública empresarial dos vários serviços e instituições do Serviço Nacional de Saúde [SNS] que, no distrito de abrangência, presta cuidados de saúde à população e são por ela responsáveis. A sua área de influência corresponde ao distrito de Beja, com exceção do concelho de Odemira (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, 2022).

A principal missão da referida ULS é a prestação de cuidados integrados, com qualidade e em tempo útil, a custos socialmente comportáveis, num quadro de eficiência e eficácia, em estreita articulação com outros serviços de saúde e instituições sociais da comunidade (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, 2022). Tem como objetivo prestar cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados aos cidadãos beneficiários do SNS, bem como assegurar as atividades de saúde pública e os meios

necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde na região do Baixo Alentejo, que constitui a sua área geográfica de abrangência.

A ULS, é composta por um hospital de referência para a população do Baixo Alentejo, pelas Unidades Funcionais dos Centros de Saúde de cada concelho do distrito (com exceção de um deles que pertence a outra ULS), Cuidados Continuados, Cuidados Paliativos e Departamento de Saúde Pública (Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, 2023a).

Assim, a ULS assume a responsabilidade de prestação de cuidados de saúde a 13 municípios, (75 freguesias) com uma área total de 10 263 km² sendo o mesmo distrito o maior distrito em termos de área. Em 2023 registou uma população de 115,757 habitantes (PORDATA, 2023).

1.1.1. Contexto de Cuidados de Saúde Primários

O estágio no âmbito dos CSP decorreu numa UCSP de um centro de saúde integrado na ULS, doravante denominado Centro de Saúde S.

A mesma UCSP, encontra-se vocacionada para a prestação de cuidados de proximidade nas vertentes da prevenção, tratamento e reabilitação dos seus utentes, sendo a sua área de influência todo o concelho onde a mesma está implementada. Desenvolve, de forma personalizada, atividades de promoção da saúde; prevenção da doença; prestação de cuidados curativos e articula-se com outros serviços de saúde, de forma a garantir a continuidade na prestação de cuidados. Dispõe de oito extensões de saúde localizadas nos principais núcleos populacionais do concelho, procurando, assim, facilitar a acessibilidade dos seus utentes aos cuidados de saúde.

A equipa de saúde, de natureza multidisciplinar é constituída por sete médicos (as), 13 enfermeiros (as), 13 secretários (as) e quatro técnicos (as) auxiliares de saúde. Para além disso, conta com profissionais de outras áreas profissionais que colaboram com a UCSP, integrados na Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados [URAP], nomeadamente, nutricionista, assistente social, psicólogo (a), terapeuta da fala, higienista oral e técnico (a) de saúde ambiental.

Em relação à sua caracterização geográfica o concelho S abrange uma área total de 1.106,5 Km². Administrativamente divide-se por três freguesias e duas uniões de freguesias. A população inscrita na UCSP é de 14,589 utentes, sendo 7306 do género

feminino, das quais 2563 são mulheres em idade fértil (considerado dos 15 aos 54 anos de idade) (Ministério da Saúde, 2023).

Em relação aos recursos físicos e materiais o Centro de Saúde S dispõe de uma sala de colheitas, um serviço de aprovisionamento, um vestiário, duas casas de banho (funcionários e utentes), uma sala de reuniões, um balcão de atendimento, três gabinetes médicos, uma sala de tratamentos, uma sala de espera, um gabinete reservado à higiene oral, seis gabinetes de enfermagem, dos quais um deles reservado ao EEESMO.

Mais especificamente, o gabinete destinado à vigilância materno-fetal, encontra-se equipado com um cardiocógrafa fixo, um *doppler* fetal, um esfigmomanómetro digital, uma marquesa, uma balança, dispondo ainda de um conjunto de material informativo e de apoio à amamentação. De uma forma geral, o gabinete de saúde materna e planeamento familiar está equipado da melhor forma possível com todos os recursos necessários para atender plenamente às necessidades das consultas de Saúde Materna. De acordo com Couto (2023), as condições físicas das estruturas de saúde, como espaço, equipamentos e acessibilidade, são fundamentais para o funcionamento eficiente e seguro dos serviços de saúde, refletindo diretamente no bem-estar e conforto dos utentes. Em relação aos profissionais, o planeamento adequado dos recursos físicos, traduz-se numa maior produtividade, segurança e satisfação no trabalho.

Em relação à consulta de saúde materna e planeamento familiar realizada pelo EEESMO, emerge de um projeto que tem como público-alvo mulheres/casais grávidos e recém-nascidos [RN] residentes nos 13 concelhos da área de abrangência da ULS que conta com sete EEESMOs distribuídos estrategicamente por vários concelhos. Assenta na prestação de cuidados especializados e de proximidade às grávidas/casais e em recomendações para planeamento familiar e a gestão da gravidez de baixo risco com base na norma 001/2023 da Direção-Geral da Saúde [DGS]. A mesma recomenda no âmbito do planeamento familiar, que as mulheres devem ter acesso a uma consulta pré-concepcional no prazo máximo de 90 dias após a solicitação. No que diz respeito à gestão de gravidez de baixo risco, o acompanhamento regular deve ser realizado preferencialmente nos CSP, seguindo o Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco [PNVGBR]. As consultas devem ser realizadas com periodicidade definida pela avaliação do risco gestacional. As grávidas devem ser referenciadas para

uma consulta hospitalar entre 36 e 37 semanas de gestação na unidade onde planeiam o parto (DGS, 2023a).

Assim são realizadas consultas especializadas trimestrais programadas que recaem cerca das 10, 20 e 30 semanas de gestação; sessões de preparação para o nascimento/parentalidade; colheita de exsudado vaginal e retal às 35/37 semanas de gestação; realização semanal de cardiocografia [CTG] fetal externa, a partir das 36 semanas, ou a partir das 34 semanas em situações de patologia associada à gravidez; colaboração com as equipas de saúde nas visitas domiciliárias aos RNs e puérperas; aconselhamento e apoio na amamentação; sessões de educação sexual e reprodutiva nas escolas; orientação das grávidas/casais para as equipas de saúde e/ou serviços hospitalares.

Através deste projeto pretende-se aumentar a proporção de grávidas com consultas de enfermagem em saúde materna realizada em cada trimestre de gravidez; aumentar a prevalência da amamentação; aumentar o número de grávidas com curso de preparação para a parentalidade; supervisionar a adesão à vacinação de grávidas contra a tosse convulsa; supervisionar a adesão à administração de imunoglobulina anti D nas grávidas Rh negativas; realizar colheitas de exsudado vaginal e rectal para despiste de *Streptococcus* tipo B; prevenir complicações no período puerperal; incentivar a adesão à consulta de revisão do puerpério; promover visitas domiciliárias ao RN e à puérpera até ao 15º dia, segundo informação interna do serviço do Centro de Saúde S.

1.1.2. Contexto de Cuidados de Saúde Diferenciados

O estágio em cuidados de saúde diferenciados, foi realizado em dois hospitais, indicados como Hospital B e Hospital F que serão apresentados a seguir.

Hospital B

Relativamente aos cuidados de saúde hospitalares, a ULS, integra o Hospital B, com um Departamento da Mulher e da Criança, onde se encontra alocado, o serviço de Obstetrícia (Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, 2024). O mesmo serviço registou, no ano de 2024, 1044 partos, segundo informação interna do serviço do Hospital B.

O serviço de Obstetrícia, situado no quinto piso do Hospital B, comporta várias valências, nomeadamente: 1) Admissão/ Urgência de Obstetrícia e Ginecologia; 2) Internamento de Grávidas; 3) Sala de Partos; 4) Internamento de Puerpério.

Admissão/Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

Estas duas valências encontram-se no mesmo espaço físico, sendo constituído por um gabinete, dispo de uma marquesa ginecológica, um ecógrafo, um eco *doppler*, um monitor de sinais vitais, uma casa de banho para utentes e dois computadores. Contíguo a este espaço, existe uma sala polivalente de apoio à admissão e urgência, para a realização CTG, exames de diagnósticos e partos em situações de exceção, aquando da ocupação das salas de partos.

Internamento de Grávidas

O serviço de Internamento de Grávidas é constituído por duas enfermarias, sendo que uma das enfermarias dispõe de três camas e a outra enfermaria (preferencialmente destinada a grávidas com patologia) dispõe de duas camas e de uma casa de banho privada. Cada unidade do utente é constituída por uma cama separada por cortina, um cacifo, uma mesa de cabeceira, um cardiotocógrafo ligado à central de *Omnview-SisPorto®*, que permite o registo digital e a visualização dos traçados cardiotocógrafos, uma campainha e rampa de oxigénio. No espaço comum, as utentes dispõem de um lavatório, uma televisão e uma mesa de apoio.

Salas de Partos

O serviço de Obstetrícia dispõe de duas salas de partos, devidamente equipadas, cada uma com uma cama de partos; um cardiotocógrafo; um armário que contém todo o material auxiliar; fonte de oxigénio; um monitor de sinais vitais; um candeeiro de teto. Junto às salas de partos encontra-se uma sala de cuidados imediatos ao recém-nascido e reanimação e uma sala de desinfeção. As recomendações da OMS para uma experiência positiva de nascimento, detalham os recursos físicos para salas de parto com foco na qualidade da experiência de parto, priorizando a segurança, o respeito e protagonismo da mulher durante o trabalho de parto, considerando ser essencial equipamentos para monitorização cardíaca fetal, avaliação de sinais vitais, cama ajustável para partos, sofás e poltronas para o acompanhante, promoção de um

ambiente adaptado de forma a garantir a privacidade, espaço suficiente para a livre movimentação durante o trabalho de parto, luz regulável, recurso a técnicas não farmacológicas para alívio da dor como bola de exercícios e massagens, materiais higienizáveis e resistentes e o espaço deve permitir a acessibilidade e intervenção de vários profissionais de saúde em simultâneo e de equipamentos em caso de emergências obstétricas ou necessidade de reanimação neonatal. Para além disso, as salas devem estar localizadas próximas do bloco operatório, para garantir a transferência rápida em caso de necessidade de cesariana de emergência (WHO, 2018b). Neste caso, existe uma lacuna no Hospital B, uma vez que as Salas de Partos se encontram localizadas no 5º piso e o Bloco Operatório encontra-se localizado no 1º piso, sendo que esta distância pode comprometer a segurança fetal e materna.

Internamento de Puerpério

No que se refere ao serviço de internamento de puérperas, este é composto por quatro enfermarias. Cada enfermaria dispõe de três unidades de utente, onde é realizado o alojamento conjunto da puérpera e do RN, sendo cada uma constituída por uma cama separada por cortina, rampa de oxigénio, mesa de cabeceira, campainha e um cacifo. O alojamento conjunto, promove a amamentação, permitindo que a mãe atenda rapidamente aos sinais de prontidão do bebé, aumentando a produção de leite e a frequência das mamadas. Fortalece ainda o vínculo afetivo, melhora a regulação fisiológica do bebé (temperatura e respiração) e reduz a ansiedade e riscos de infeções. Para a mãe, aumenta a confiança e facilita a lactação. A prática é recomendada por organizações como a OMS e *United Nations International Children's Emergency Fund* [UNICEF] (Jaafar et al., 2016a).

No espaço comum de cada enfermaria, as utentes dispõem de um lavatório, uma mesa de apoio e uma televisão. Existe ainda uma casa de banho comum às quatro enfermarias, com três compartimentos para as utentes. Esta condição é nitidamente insuficiente para dar resposta às necessidades, privacidade e acessibilidade das utentes provenientes de cada uma das enfermarias. A privacidade no contexto de internamento de grávidas, parturientes e puérperas é um direito fundamental que engloba o respeito à dignidade, à autonomia e à confidencialidade das informações pessoais e médicas. As unidades hospitalares devem garantir espaços adequados que respeitem a privacidade física das mulheres, como quartos individuais ou cortinas para

separar leitos em áreas compartilhadas (Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, 2020). Os problemas associados à falta de privacidade incluem exposições desnecessárias, comunicação ineficaz, falha na proteção de dados e exames em ambientes compartilhados. Recomenda-se capacitar equipas em comunicação e práticas respeitadoras, melhorar infraestruturas e adotar políticas públicas para garantir a privacidade (Valizadeh et al., 2022a).

Para além disso, o serviço de Obstetrícia possui um gabinete médico, uma sala de desinfeção do material clínico, um espaço reservado aos serviços administrativos, uma copa de leite, um gabinete de enfermagem, uma sala de trabalho de enfermagem, uma casa de banho para os profissionais de saúde e um gabinete para a enfermeira gestora. Estes espaços são comuns a todas as valências do serviço de Obstetrícia, anteriormente referidas.

Em relação ao horário de visitas: todas as grávidas e puérperas têm direito a duas visitas no horário entre as 15h e as 17h e no horário entre as 18h30m e as 20h. No caso das grávidas que se encontrem na sala de partos têm direito a um acompanhante ao longo das 24 horas do dia. De acordo com Gomes et al., (2019) evidenciam, na sua revisão integrativa, que a presença de um acompanhante melhora os resultados para as mães e RNs, aumento da satisfação e segurança, estando associado a inúmeros benefícios como menores taxas de cesarianas, aumento da sensação de controlo e confiança por parte da mulher e redução do uso de analgesia. O acompanhante favorece a comunicação entre a mulher e os profissionais de saúde, reduzindo, desta forma, o risco de maus-tratos.

A OMS recomenda o acompanhante como parte do cuidado humanizado, promovendo autonomia e dignidade da mulher (WHO, 2020a).

As mulheres puérperas têm também a possibilidade de ter um acompanhante/pessoa significativa no procedimento do banho ao RN a partir das 9h30m.

A porta que dá acesso ao serviço apresenta um sistema de segurança que fecha automaticamente assim que é ativado através da pulseira eletrónica colocada no recém-nascido aquando do nascimento, acionando um sistema de alarme audível e registo na central de segurança do hospital.

A equipa do serviço de Obstetrícia é uma equipa multidisciplinar constituída por 21 enfermeiros, sendo que, destes, 14 são EEESMO (incluindo a enfermeira gestora) e

sete são enfermeiros de cuidados gerais. Integra ainda a equipa multidisciplinar: médicos especialistas de obstetrícia/ginecologia, pediatras, assistente técnica e assistentes operacionais. Fazem também parte dos recursos deste serviço médicos anestesistas que são partilhados com outros serviços, comparecendo assim ao serviço quando chamados em caso de necessidade. Para além disso, há possibilidade de solicitar colaboração ao serviço social e psicologia.

Relativamente à alocação dos recursos humanos, por valências e por turnos, a equipa encontra-se distribuída da seguinte forma: o serviço de Admissão e Urgência de Obstetrícia e Ginecologia é da responsabilidade de um EEESMO em todos os turnos. O Internamento de Grávidas e Salas de Partos está também atribuído a um EEESMO ao longo de todos os turnos. No que diz respeito ao Internamento de Puerpério, no turno da manhã (8h00-16h30) estão dois enfermeiros de cuidados gerais distribuídos; no turno da tarde (16h-00h00) está um ou dois enfermeiros de cuidados de saúde gerais, consoante o número de horas de cuidados necessários; no turno da noite (23h30-08h30m) encontra-se atribuído um enfermeiro de cuidados gerais. Estão em permanência, 24h por dia, dois médicos especialistas de Obstetrícia/Ginecologia.

Segundo o Regulamento n.º 743/2019, Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, nas unidades de internamento de puérperas deve existir um EEESMO, por seis utentes em puerpério normal. Nestes serviços, devem ser incluídos enfermeiros com especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, bem como enfermeiros de cuidados gerais, atuando em complementaridade. Embora, à primeira vista, a ausência física de EEESMO alocado exclusivamente ao Internamento de Puerpério comprometa a dotação segura, a proximidade física entre o internamento e a sala de grávidas, aliada à presença contínua de um EEESMO na sala de grávidas em todos os turnos, permite mitigar este défice, assegurando apoio diferenciado. No serviço de Ginecologia deve existir, preferencialmente, pelo menos, um EEESMO, em permanência, 24 horas por dia. Recomenda-se que na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, todos os enfermeiros envolvidos sejam EEESMO e que disponham de formação específica em Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia e Emergências Obstétricas. De acordo com a legislação aplicável, recomenda-se que o Bloco de Partos disponha, em permanência, de dois EEESMO, por cada 1.000 partos/ano (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019b). Sendo a média de partos realizados, nos anos 2023 e 2024 muito próxima dos 1000

partos, e havendo apenas um EEESMO para duas salas de partos e Internamento de Grávidas, daqui resulta que o número EEESMO é nitidamente inferior ao preconizado. Esta insuficiência é agravada, considerando as necessidades dos diferentes estádios do trabalho de parto, onde se recomenda um EEESMO por cliente nos 2º, 3º e 4º estágio.

Para além disso, a média de cesarianas, no ano de 2023 e 2024, foi de 348, segundo informação interna do serviço, sendo cerca de 35% aproximadamente dos partos. De acordo com o estudo "*Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates*", publicado na *BMJ Global Health* (2021), a taxa global de cesarianas foi estimada em 21,1% com dados de 2010 a 2018. O estudo também projeta que, até 2030, a taxa global poderá atingir 28,5%. No caso analisado, em que a taxa de cesarianas foi de 35% nos anos de 2023 e 2024, esta encontra-se acima da média global atual (21,1%) e superior à taxa projetada para 2030 (28,5%). O estudo sugere que taxas elevadas de cesarianas, como a observada (35%), podem refletir fatores não médicos, como: preferências maternas, práticas clínicas institucionais, conveniência profissional e organização de cuidados de saúde. Para além disso, a mesma percentagem também excede a recomendação da OMS, que sugere uma taxa ideal de cesarianas entre 10% e 15% (OMS, 2021).

Hospital F

Com relação ao contexto de Bloco de Partos, com duração de quatro semanas, foi realizado numa outra região do país (Tabela 2), abrangida, assim, por outra ULS.

O serviço de Obstetria e Ginecologia do Hospital F dispõe de várias valências, entre elas o Bloco de Partos, local onde foi realizado o ENP no segundo semestre. Neste serviço, existem quatro salas de partos, devidamente equipadas, cada uma com uma cama de partos; um cardiocógrafa; um armário que contém todo o material auxiliar; uma bancada de reanimação do recém-nascido; uma banheira; fonte de oxigénio, um monitor de sinais vitais; um candeeiro de teto e um armazém de consumo clínico. Junto às salas de partos encontra-se um bloco operatório, devidamente equipado para o fim a que se destina. O espaço dispõe ainda de um gabinete de enfermagem, um gabinete destinado ao enfermeiro gestor, uma sala de desinfeção, uma sala de consumo clínico, uma enfermaria com duas camas para utentes de puerpério imediato, uma sala de recobro, um vestiário, uma copa e uma casa de banho para profissionais.

O serviço dispõe de uma equipa multidisciplinar, que integra médicos, enfermeiros e assistentes operacionais, articulando-se com os Serviços Clínicos de Pediatria, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Ginecologia, Anestesiologia, Psicologia Clínica, Psiquiatria, Cirurgia Geral e de Medicina Interna, em particular com Diabetologia e Nutrição.

Nas Salas de Parto estão distribuídos dois EEESMO 24h/dia e uma enfermeira de cuidados gerais. No ano de 2024 foram realizados 2413 partos segundo informação interna do Hospital F.

De acordo com o regulamento n.º 743/2019, recomenda-se a alocação de dois EEESMO para cada 1.000 partos/ano. Para 2413 partos anuais, seriam necessários mais de quatro EEESMO para cumprir o estipulado. Se atualmente há apenas duas EEESMO para quatro salas de partos, a situação não está de acordo com o legislado. Além disso, a legislação estabelece que, nos 2º, 3º e 4º estádios do trabalho de parto, deve haver um EEESMO para cada cliente. Este requisito visa assegurar cuidados especializados e individualizados durante as fases mais críticas do processo de parto. Contudo, com duas EEESMO para quatro salas de partos, existe o risco de quatro grávidas estarem simultaneamente nos estádios referidos, sem que seja possível atribuir um EEESMO exclusivo a cada uma. Essa insuficiência pode impactar negativamente na qualidade dos cuidados e na segurança das utentes, além de sobrecarregar a equipa (OE, 2019c). Segundo Pereira et al. (2021) instituições com maior número de EEESMO está diretamente associado à redução de complicações maternas e neonatais, como hemorragias e sofrimento fetal. Para além disso, a assistência constante proporcionada por esses profissionais cria um ambiente mais confortável e seguro, minimizando intervenções desnecessárias e elevando os índices de satisfação das mulheres.

A grávida/parturiente durante a permanência na sala de partos tem direito a ser acompanhada pelo cônjuge/companheiro ou outra pessoa significativa.

1.2. METODOLOGIA DO ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

De forma a adquirir e desenvolver as competências preconizadas, foram aplicadas, diversas metodologias que serão descritas a seguir. Surge, porém, antes de se avançar no caminho do desenvolvimento de competências, o imperativo de traçar objetivos e/ou

seguir os objetivos constantes no plano de estudo, e mais especificamente, no planeamento da UC ENPRF.

Importa também referir que, antes do início do estágio, foi realizado o Projeto de Estágio (Apêndice A), no qual foi traçado o plano de atividades onde constam atividades para atingir as competências de EEESMO e atividades para a temática escolhida, aprofundada e desenvolvida. Este projeto serviu de ponto de partida para que fosse possível refletir sobre os objetivos a desenvolver e em que circunstâncias seriam alcançados.

Objetivos

Os objetivos a atingir estão explanados no Planeamento da UC e dirigem-se a:

1. Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família/comunidade:
 - a. No âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional;
 - b. No período pré-natal;
 - c. No âmbito da saúde sexual e reprodutiva;
 - d. Nos vários estádios do parto em situação de saúde/ desvio de saúde;
 - e. No período puerperal em situação de saúde/ desvio de saúde;
 - f. Durante o período pós-natal;
 - g. A vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica;
 - h. Demonstrando responsabilidade ético-deontológica e empenho na melhoria da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.
2. Demonstrar uma aquisição de conhecimentos conducente a uma proposta de projeto, considerando as vertentes teórico-práticas e a Prática Baseada na Evidência.
3. Defender através de um Relatório apresentado em provas públicas, a sua atuação no ENP.

Também, e de acordo com o plano de atividades descrito no Apêndice A, a expectativa centrava-se na capacidade da mestranda:

1. Cuidar da mulher/companheiro inseridos na família e comunidade: a. no âmbito do planeamento familiar e período pré-concepcional;
2. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.
3. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.

4. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal
5. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.
6. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.
7. Cuidar do grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

Subjacente a estes objetivos, estão as orientações da Ordem dos Enfermeiros (Competências Comuns dos Enfermeiros Especialistas: Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro; Competências Específicas dos EEESMO: Regulamento nº 391/2019).

População alvo

Corresponde a todas as mulheres/casais que foram alvo da prestação de cuidados no exercício de aprendizagem, no período compreendido de 11 de setembro de 2023 a 23 de junho de 2024, correspondendo à duração do ENP.

Método de aprendizagem

O estágio foi efetuado em cada um dos contextos clínicos, sempre sob supervisão clínica do EEESMO e com orientação pedagógica do docente da Universidade de Évora, ESESJD.

Ao longo do estágio aplicaram-se diferentes estratégias de aprendizagem tais como: a) observação direta de cuidados, b) treino clínico, c) reflexão crítica, d) pesquisa bibliográfica, além de outras oportunidades de aquisição e manutenção de conhecimentos.

Para levar a cabo o processo de orientação e avaliação do desempenho da mestranda, foram realizadas reuniões de avaliação formativa e sumativa, cuja periodicidade foi respetivamente, ao meio e ao término da experiência clínica em cada contexto clínico.

Estratégias de Observação Direta de Cuidados e de Treino Clínico

Os supervisores clínicos são cruciais no processo de aprendizagem, pois assumem a função de facilitadores tornando-se referência no processo de aprendizagem. As estratégias de aprendizagem devem permitir aos estudantes a

participação ativa no ensino em cenários de prática, sendo necessário, portanto, analisar-se continuamente as habilidades de ensino, para que haja constante aperfeiçoamento da formação e do desenvolvimento do estudante (Bitencourt et al., 2023a).

O estágio surge como uma oportunidade única para os estudantes construírem o seu saber a partir das reais situações clínicas que experienciam. Estratégias como observação direta, feedback, estudo individualizado, perguntas pedagógicas e discussões de casos clínicos são descritas como fundamentais. Essas práticas promovem a integração entre conhecimento teórico e habilidades práticas, estimulando a autonomia, o raciocínio crítico e a confiança dos estudantes (Silva et al., 2023).

Entende-se que a inserção dos estudantes em contextos reais leva a novas formas de pensar e de agir no contexto, além do benefício de um contato precoce dos estudantes com as práticas assistenciais, ao mesmo tempo em que refutam o pensamento de que a imaturidade os impede de usufruir da participação/ discussão de casos clínicos. A inserção responsável e comprometida de estudantes e docentes nos cenários reais, além da integração entre teoria e prática e ensino e serviços, possibilita que os estudantes articulem seus conhecimentos para trazer soluções aos problemas de saúde com outros profissionais, constituindo assim uma educação interprofissional (Ferraz et al., 2019a).

Durante o estágio a mestrandia destaca a relação de supervisão positiva, sendo os supervisores conhecedores das necessidades e contexto acadêmico, facilitando a aprendizagem e pensamento crítico, representando uma referência na prática, promovendo a progressiva autonomia supervisionada, fundamental na construção da identidade pessoal e profissional.

Estratégia de Reflexão Crítica

A prática reflexiva incentiva o desenvolvimento cognitivo e teorias afetivas do comportamento moral e ético, desafiando os estudantes a integrá-los nas suas crenças pessoais como resultado das suas experiências, em vez de absorver passivamente as regras da profissão. A prática reflexiva em contexto da prática é essencial para integrar a teoria e a prática, promovendo a formação de profissionais mais preparados para lidar com desafios da realidade prática ao fomentar o raciocínio crítico, autonomia, autoconhecimento, empatia e competências éticas (Riegel et al., 2021a).

A mestranda, ao longo do ENPRF, utilizou a prática reflexiva constantemente, quer durante o exercício de aprendizagem nos diversos contextos clínicos, como também para além destes. Com vista a formalizar alguns destes exercícios reflexivos, foi elaborada uma reflexão sobre uma situação sentida como marcante, recorrendo ao ciclo reflexivo de aprendizagem de Gibbs (Apêndice F). Este defende a prática da reflexão através de seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação, sendo esta estruturação facilitadora da articulação entre a teoria e a prática, promovendo a análise de situações de elevada complexidade, na medida em que as diferentes etapas permitem a segmentação do evento, tornando-o mais simples pelo distanciamento necessário para a análise, contribuindo para a aquisição de competências (Rusov, 2023).

Estratégias de Pesquisa Bibliográfica

Atualmente, estudos demonstram que a inclusão da investigação e da evidência científica leva a uma maior qualidade dos cuidados, melhora a prestação de cuidados e diminui os custos de saúde, cooperando com os serviços para alcançar a eficácia e a segurança nas práticas em saúde. Destaca-se que os resultados de pesquisas científicas constituem um dos pilares imprescindíveis da prática baseada na evidência, o que envolve a definição de alguns problemas: a procura e a avaliação crítica de evidências científicas disponíveis, a implementação de evidências na prática e a avaliação dos resultados obtidos. Assim, é fundamental que a mestranda seja criteriosa na forma de decidir as suas fontes de informações, sendo capaz de fazer julgamentos, identificando as melhores e mais adequadas práticas, bem como reconhecer a força e a fraqueza da informação para poder generalizar a evidência, avaliá-la e utilizá-la criticamente (Ferraz et al., 2019b).

Para tal, a mestranda pesquisou sobre temas relacionados com a sua prática em bases de dados, como: PubMed, Scopus, SciELO; B-ON, serviço de pesquisa EDS-Ebsco Discovery Service, disponível na biblioteca da Universidade de Évora, entre outros. Utilizou-se também um software, gestor de referências (Zotero na versão free). Também a revisão narrativa da literatura efetuada teve a pesquisa bibliográfica como pilar estruturante do processo.

Paralelamente com o processo de pesquisa bibliográfica houve oportunidade de treinar e desenvolver a língua inglesa bem como a interpretação de dados qualitativos e quantitativos.

Modelo Teórico

A adoção de modelos teóricos em enfermagem desempenha um papel essencial na construção e aperfeiçoamento das boas práticas profissionais. Segundo Brandão et al., (2019) a Enfermagem, imersa num contexto de constante evolução tecnológica e social, enfrenta desafios que requerem a adoção de práticas baseadas em conhecimento sólido e estruturado. Os modelos teóricos oferecem uma base fundamental para descrever, explicar, prever e estabelecer realidades contextuais, permitindo que a prática de enfermagem vá além da simples execução de tarefas, promovendo, deste modo, a integração entre teoria e prática, o que é essencial para lidar com a complexidade do ambiente de saúde atual.

A elaboração do presente relatório, teve como sustentação teórica, a TDUCC, desenvolvida por Madeleine Leininger. Esta teoria defende que o cuidado culturalmente congruente é fundamental para promover a saúde e o bem-estar das pessoas, respeitando as suas crenças, valores e práticas culturais (Leininger, 1991). Para Leininger, a enfermagem transcultural é uma área essencial para entender a relação entre cultura e cuidado, garantindo que o enfermeiro atue de forma sensível e ética na prestação de cuidados de saúde (Leininger, 1994).

O modelo proposto por Leininger destaca-se pelo "Modelo Sunrise", que permite compreender a influência dos fatores sociais, religiosos, políticos, económicos e ambientais na saúde dos indivíduos. Leininger (1997) destaca que a enfermagem deve atuar como um agente de transformação social, promovendo a integração entre teoria, prática e cultura, tornando o cuidado mais humanizado e eficaz. No contexto da enfermagem globalizada, a aplicação da teoria transcultural é essencial para reduzir desigualdades e melhorar a adesão aos tratamentos, conforme destacado no estudo de Cárdaba García et al., (2024) sobre competência cultural na enfermagem.

Assim, a adoção de modelos teóricos, em particular a TDUCC, fortalece a prática baseada em evidências, aprimora a qualidade dos cuidados prestados e garante um cuidado eticamente responsável e culturalmente adaptado às necessidades da população. A incorporação de tais modelos permite que a enfermagem avance enquanto

ciência, assegurando uma prestação de cuidados que valoriza a diversidade e promove a equidade em saúde (Leininger, 2006).

2. CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

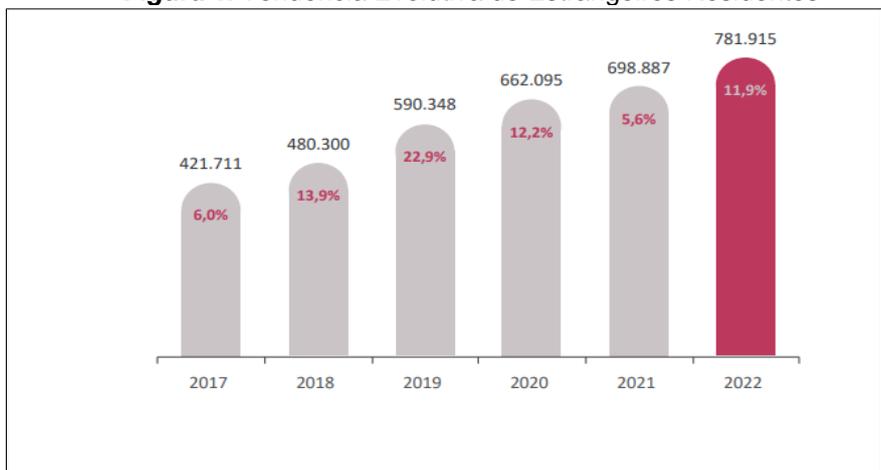
A assistência em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica enfrenta desafios contínuos, impulsionados por mudanças demográficas, sociais e culturais, exigindo assim uma abordagem mais inclusiva e sensível às necessidades individuais das mulheres durante a gravidez, parto e puerpério. Assim, este capítulo visa explorar estratégias e práticas que podem contribuir para a melhoria da assistência em enfermagem, considerando as especificidades e vulnerabilidades das mulheres migrantes e a importância da enfermagem transcultural na prestação de cuidados adequados e eficazes.

2.1. CONCEPTUALIZAÇÃO: VIVÊNCIAS DAS MULHERES MIGRANTES DURANTE A GRAVIDEZ E PÓS-PARTO: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

As questões da multiculturalidade e das migrações, representam na atualidade uma preocupação sem precedentes, estando mesmo no centro das preocupações da maioria dos Estados, nomeadamente da União Europeia e de Portugal, o que coloca novos desafios à sociedade e às políticas do século XXI, nos diferentes sectores, nomeadamente no setor da saúde. Por outro lado, a feminização das migrações internacionais faz parte da nova era das migrações, quer seja no quadro do reagrupamento familiar, quer seja como migrantes autónomas (Ramos, 2012).

De acordo com os Censos 2021, a população residente em Portugal representa cerca de 5,24% da população total residente, tendo subido de forma considerável face aos censos de 2001, cuja população estrangeira representava 3,73% da população residente, sendo que a população estrangeira residente em Portugal, tem vindo a aumentar anualmente, tal como consta na figura 1 (Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2023).

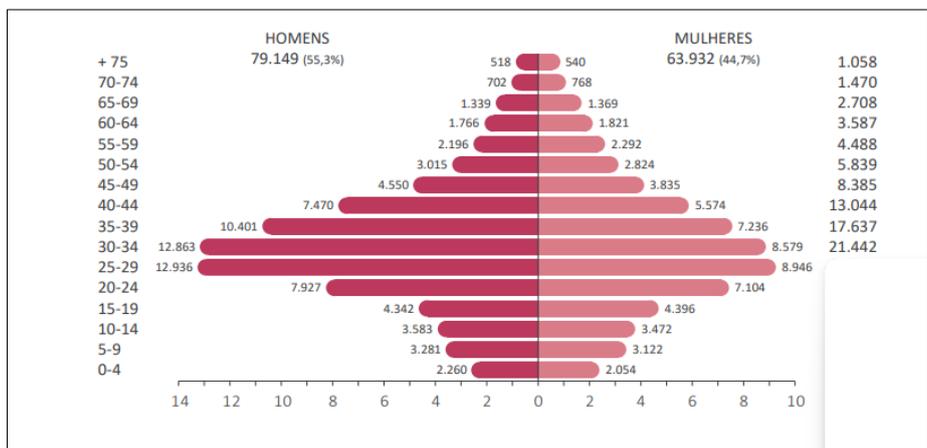
Figura 1. Tendência Evolutiva de Estrangeiros Residentes



Fonte: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2023).

Acresce a estes dados que as mulheres representam, atualmente, cerca de 45% da população estrangeira residente em Portugal (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023), sendo que em termos de grupos etários, esta tende a concentrar-se nos grupos etários mais jovens, em idades férteis e em idades ativas, tal como consta na figura 2.

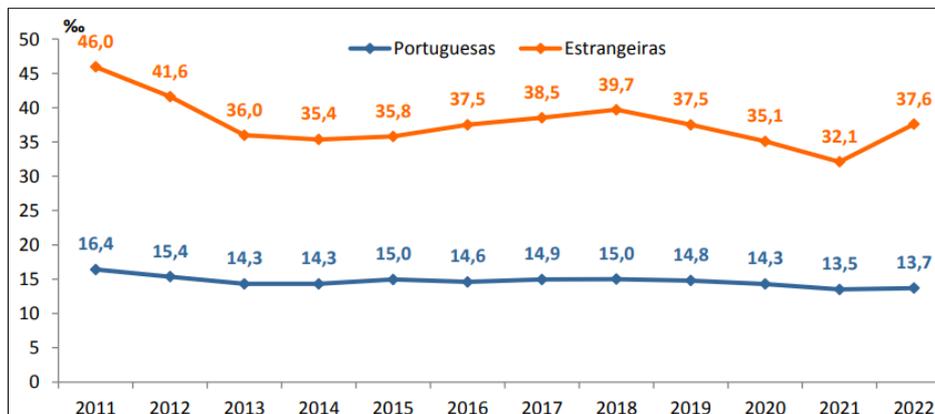
Figura 2. Distribuição etária de estrangeiros residentes em Portugal, por género



Fonte: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2023).

Da leitura da figura 3, extrai-se que, face às mulheres portuguesas, as mulheres migrantes, nos últimos anos, têm revelado uma taxa de fecundidade superior (37,6 ‰, vs 13,7 ‰, respetivamente, no ano 2022).

Figura 3. Taxa bruta de natalidade feminina de portuguesas e estrangeiras, entre 2011 e 2022



Fonte: (Observatório das Migrações, 2023).

Neste seguimento, importa ter em conta que, no caso de mulheres grávidas “a migração vem complicar e vulnerabilizar a situação de gravidez e maternidade pelos condicionalismos impostos pela migração: a aculturação, a solidão/isolamento e o individualismo” (Ramos, 2012, p.89).

Em situação de migração, a gravidez e o parto podem ser vivenciados com algumas dificuldades e sofrimento, sobretudo para a mulher que é mãe pela primeira vez, vivenciando, frequentemente, com medo, ansiedade e muito stress este período, devido ao isolamento e às grandes diferenças entre o meio cultural de origem e o do país de acolhimento (Ramos, 2012)

2.1.1. Enfermagem Transcultural

O aumento da globalização e dos fluxos migratórios repercutiu-se no aumento dos contactos interculturais e na coabitação com a diversidade cultural (Ramos, 2012). A atual diversidade cultural constitui um desafio relativo aos cuidados de enfermagem pela diversidade de valores, crenças e práticas, inerentes ao respeito pela diferença (Martín & Martín, 2020). Daqui resulta o imperativo de que os enfermeiros sejam cultural e linguisticamente competentes, por forma a responder atempada e adequadamente às necessidades das populações migrantes.

De acordo com a OE (2001) o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas, sendo que, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se

pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.

Também, os Planos para a integração dos Imigrantes, em Portugal (Presidência do Conselho de Ministros, 2007; Presidência do Conselho de Ministros, 2010) adotaram no âmbito das medidas na área da saúde, uma medida denominada “Plano de formação para a interculturalidade dos profissionais do SNS” com vista ao desenvolvimento de ações de formação contínua, visando a criação de competências interculturais e linguísticas dos prestadores dos cuidados de saúde, tendo em vista a melhoria da saúde de populações imigrantes e de minorias étnicas (Presidência do Conselho de Ministros , 2007, p. 15).

Tendo por pano de fundo a diversidade cultural do ser humano, torna-se importante a definição dada por Leininger de que a enfermagem é essencialmente uma profissão de cuidados transculturais e interculturais, que assume a centralidade do cuidado na promoção do cuidado de forma significativa e congruente, respeitando os valores culturais e os estilos de vida (Leininger, 1998).

A Enfermagem Transcultural constitui o território da enfermagem que se foca no estudo e na análise comparativa de variadas culturas, no que respeita ao comportamento e às atitudes relativas à saúde, mais propriamente relativo aos cuidados de Enfermagem que se pretendem culturalmente congruentes e que contribuam para a saúde e bem-estar de indivíduos, famílias, grupos comunitários e instituições (Leininger, 1978, 1984, 1991 citada por Leininger, 1994). Para a mesma autora, a enfermagem é, na atualidade, indissociável da qualidade de vida e do cuidado humano, não adquirindo toda a sua amplitude e significado sem se ter em conta o conhecimento da cultura da pessoa alvo dos cuidados. A qualidade de vida é baseada na cultura e a enfermagem necessita compreender esta perspetiva, porque frequentemente os enfermeiros centram-se em fatores biofísicos e psicológicos, o que pode limitar a compreensão de significados, valores e expressões, muitos destes, padronizados pela perspetiva transcultural.

O cuidado culturalmente congruente, promove a saúde ou o bem-estar e permite enfrentar a morte ou a doença. O conhecimento da teoria do cuidado transcultural, permite identificar este último cuidado, pelo que o cuidado de enfermagem culturalmente congruente, é constituído por diferenças e semelhanças entre culturas. O que é

relevante na enfermagem transcultural, é entrar no mundo cultural e aprender diretamente com as pessoas o que é importante, significativo e útil sobre os seus modos de vida e sobre os cuidados saudáveis (Leininger, 1997).

Também Abreu (2011) define a enfermagem transcultural como uma área transversal do conhecimento da Enfermagem, que possibilita aos enfermeiros sensíveis à diferença cultural mobilizar esse conhecimento na identificação das necessidades de saúde do cliente, e respetiva seleção das intervenções mais adequadas.

O conceito de competência cultural vem já de longe e tem sido intensamente desenvolvido por diversas áreas do saber. Disseminou-se nos anos 70 do século XX com o propósito de se aceitar ou tolerar a diversidade cultural. Na linguagem quotidiana também é considerado como sinónimo de esforço para promover a integração de imigrantes. “Um enfermeiro para se tornar culturalmente competente necessita de conhecimentos, atitudes e habilidades que suportam o cuidado de pessoas de diferentes idiomas e culturas” (Domingues, 2019, p. 39). De acordo com o mesmo autor, a cultura influi não apenas nas práticas de saúde, mas também no prestador de cuidados de saúde e na forma como a pessoa percebe a doença.

Santiago (2020) refere, a este respeito que

“O cuidado de enfermagem, no âmbito da saúde materna, está centrado no bem-estar, na autonomia e na tomada de decisão concertada e responsável por parte da mulher/mãe, tanto nos cuidados que realiza a si própria como à criança. Neste sentido, face ao objeto do estudo, torna-se essencial desenvolver um cuidado materno centrado na singularidade da pessoa e culturalmente adequado” (p.55).

Em suma, a prática da enfermagem transcultural permite aos enfermeiros o desenvolvimento de cuidados culturalmente congruentes, respeitando e integrando as particularidades culturais de cada indivíduo ou família. Isto resulta numa maior satisfação do utente ou família, com melhor adesão às propostas terapêuticas e com melhores resultados em saúde.

2.2. REVISÃO NARRATIVA “VULNERABILIDADES DAS MULHERES MIGRANTES DURANTE A GRAVIDEZ E PÓS-PARTO: INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS”

O fenómeno da migração tem crescido globalmente, trazendo desafios específicos para as mulheres em idade reprodutiva. Durante a gestação e o pós-parto, estas mulheres deparam-se com dificuldades que incluem acesso restrito aos serviços de saúde, preconceito, insegurança e falta de apoio social. Com esta revisão narrativa, procurou-se compreender as vulnerabilidades dessas mulheres e destacar as principais intervenções dos enfermeiros obstetras que podem contribuir para o cuidado humanizado a esta população.

2.2.1. Introdução

A mobilidade humana constitui uma realidade que acompanha a história de povos e sociedades desde a sua origem (Barreto et al, 2019). Porém, na atualidade, fruto da globalização, dos conflitos económicos e políticos e de desastres ambientais, os fluxos migratórios, ganharam nova dimensão, a uma escala sem precedentes. Dessa população migrante, destacam-se as mulheres como ocupando mais de metade da população migrante na Europa, revelando piores indicadores de saúde, nomeadamente nos que se reportam à saúde reprodutiva e respetivos cuidados de saúde materna (WHO, 2018). Também em Portugal, as mulheres representam, atualmente, cerca de 45% da população estrangeira residente (INE, 2023), incrementando assim, quando grávidas, as dificuldades já existentes para que os serviços sejam capazes de responder eficazmente às necessidades específicas de cuidados de saúde das mulheres migrantes.

Os cuidados de saúde e, mais especificamente, os cuidados de saúde materna a mulheres migrantes colocam novos desafios aos países de acolhimento, nomeadamente aos países da região europeia, que tal como Portugal, são membros da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico e OMS, pelo que devem cooperar e assumir os compromissos emanados por essas instituições. No Relatório sobre saúde dos refugiados e migrantes WHO (2018) é-nos transmitida uma visão geral sobre a situação, em matéria de saúde dos migrantes na Europa, bem como sobre as tendências e políticas em matéria de saúde dos refugiados e migrantes na região da Europa, com estratégias e recomendações para melhorar os cuidados de

saúde dessa população. De acordo com o mesmo relatório e, no que concerne aos indicadores relativos à gravidez e parto, há evidências de uma tendência marcada para piores indicadores entre refugiados e migrantes. Comparado com não migrantes, a maioria das mulheres migrantes enfrenta múltiplas dificuldades resultantes da gravidez. Esta situação, remete-nos para o imperativo de os profissionais de saúde ter em consideração e ser sensíveis à condição da “mulher migrante”, promovendo cuidados adequados e culturalmente competentes. A mulher migrante pode manifestar diferentes representações e práticas culturais associadas à gravidez/maternidade que necessitam ser compreendidas e respeitadas durante os cuidados de enfermagem. Também as estatísticas e estudos demonstram que as mulheres migrantes tendem a piores resultados de saúde perinatais, apresentando vulnerabilidades devido a múltiplas condições relacionadas com a própria migração e que se traduzem, entre outras, em dificuldades com a comunicação e linguagem, necessidades socioeconómicas, dificuldades em compreender e aceder ao sistema de saúde, assimetrias culturais, que podem influenciar ou comprometer os cuidados de saúde e o acesso aos mesmos (WHO, 2018; Heslehurst et al., 2018; Osuide et al., 2024; Zarth et.al, 2024).

Na sequência do exposto, e enquanto futura EEESMO, emerge a necessidade de atualização e ampliação dos saberes sobre as vivências das mulheres migrantes durante o processo de gravidez e durante o parto e pós-parto, por forma a desenvolver cuidados atempados e adequados do ponto de vista cultural e operacional (Leninger, 2006). Esta revisão teve, assim, como objetivo geral compreender as vulnerabilidades das mulheres migrantes durante a gravidez e pós-parto e destacar as principais intervenções dos enfermeiros obstetras que podem contribuir para o cuidado transcultural e mais humanizado a esta população.

2.2.2. Metodologia

O presente estudo emergiu na sequência de uma pesquisa orientada para a realização de uma revisão narrativa da literatura sobre mulheres migrantes grávidas e no pós-parto, numa tentativa de descrever e discutir o desenvolvimento ou o ‘estado da arte’ sobre o tema, sob o ponto de vista teórico ou conceptual (Rother, 2017). Admitindo que o nível de evidência científica deste tipo de estudo é considerado baixo em consequência da impossibilidade de reprodução da sua metodologia, as revisões narrativas podem contribuir para o debate de determinadas temáticas, levantando

questões e colaborando na aquisição e atualização do conhecimento num curto espaço de tempo.

O processo de recolha de dados foi realizado de forma não sistemática, no período de maio a setembro de 2024, em bases de dados científicas B-On, CINAH Ultimate e MEDLINE Ultimate através da plataforma EBSCOHost. As pesquisas foram realizadas com recurso aos descritores em Ciências da Saúde [DeCS] na língua inglesa, com o recurso à interseção entre eles através do operador booleano “AND” de acordo com a seguinte organização: Migrant AND Pregnancy AND Perinatal Care AND Midwifery.

De forma a limitar a colheita de dados, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis em texto completo e nos idiomas português, espanhol e inglês e com publicação no horizonte temporal dos últimos 10 anos.

Na sequência da leitura dos títulos, seguida da leitura dos resumos dos artigos que emergiram das pesquisas, foram excluídos aqueles avaliados como não relacionados com o tema; passou-se, em seguida, à leitura dos artigos selecionados por título e resumo, sendo que aqueles que avaliados como adequados para o tema foram guardados em pastas, lidos na íntegra, categorizados e analisados criticamente.

De referir que, para além dos artigos que emergiram das pesquisas realizadas nas bases de dados supracitadas, foram igualmente utilizados outros documentos, tais como relatórios, teses de doutoramento ou outros que, pela sua relevância para o tema, foram considerados como essenciais para a natureza desta revisão narrativa.

Deste processo resultou a construção do texto que se segue organizado de acordo com a categorização realizada com o material disponível.

2.2.3. Resultados e Discussão

Os artigos e documentos analisados, evidenciam as temáticas: desafios e vulnerabilidades relacionadas com cuidados perinatais e parto em mulheres migrantes, acessibilidade aos serviços de saúde e interação enfermeiro-migrante na maternidade. A análise crítica destas temáticas pretende contribuir para a compreensão das vulnerabilidades e desafios com que as mulheres migrantes se deparam durante o período perinatal e durante o parto e pós-parto, assim como identificar/propor estratégias que possam melhorar a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos a esta população.

Desafios, vulnerabilidades e desigualdades na saúde perinatal de mulheres migrantes

Numa revisão recente (Keygnaert, et. al, 2016) publicada pela OMS (2016) constatou-se que as mulheres migrantes e as mulheres refugiadas tiveram mais adventos negativos perinatais em comparação com mulheres não migrantes, incluindo aumento de incidentes pré e perinatais, como abortos induzidos, cesarianas, partos instrumentais e complicações durante o parto.

De facto, os resultados do Relatório de Saúde dos Refugiados e Migrantes da Região Europeia, (WHO, 2018) evidenciam mais adventos negativos e piores indicadores relacionados com a gravidez e o parto em mulheres migrantes, em comparação com mulheres não migrantes, bem com uma maior prevalência de bebés com baixo peso ao nascer e pequenos para a idade gestacional em mulheres refugiadas e migrantes, sendo que as refugiadas tendem a ter um maior risco do que outros grupos migrantes. De entre os vários estudos que integram o Relatório de Saúde dos Refugiados e Migrantes da Região Europeia, emergem achados de vários países, sendo que num estudo realizado em Itália e Portugal conclui-se pelo aumento de parto prematuro. Outros resultados também indicaram diferenças na incidência de pré-eclampsia entre grupos migrantes e mulheres não migrantes, sendo que a mortalidade materna é maior entre as mulheres migrantes do que entre as não migrantes. Não obstante estes resultados, o relatório remete-nos para fatores que podem reduzir a mortalidade materna, nomeadamente através da oferta de cuidados adequados e apoio profissional, tendo sido identificados fatores protetores perinatais e obstétricos para as mulheres migrantes, incluindo o histórico da mãe, origem de um país com elevado desenvolvimento e com um sistema de saúde desenvolvido, o nível de escolaridade da mãe, conhecimento da língua local e rede de apoio social; e tempo de permanência no país de acolhimento bem como as medidas políticas e sociais de integração dos migrantes e refugiados.

Para além dos problemas de natureza física, muitas mulheres sofrem de problemas de saúde mental durante ou após a gravidez, principalmente de depressão pós-parto. Num estudo realizado por Almeida et al. (2016) com mulheres imigrantes e mulheres portuguesas, verificou-se que o risco de depressão pós-parto é seis vezes maior em mães emigrantes do que em mães não emigrantes. Foram identificados alguns determinantes dos problemas de saúde mental materna pós-parto ou depressão entre

as mulheres refugiadas e migrantes onde se inclui o isolamento social, falta de apoio social/emocional, barreiras linguísticas, problemas familiares, problemas culturais, ser mãe solteira, depressão anterior ou não estar em contato com o parceiro (Almeida et al., 2016)

Numa revisão sistemática da literatura sobre “resultados de saúde perinatais e cuidados a migrantes e refugiados” (Heslehurst, 2018) com inclusão de 29 revisões sistemáticas da literatura os resultados evidenciaram diferenças perinatais predominantemente piores entre as mulheres migrantes face às mulheres naturais do país do estudo. Essas diferenças revelaram-se mais acentuadas ao nível da saúde mental, mortalidade materna, parto prematuro e anomalias congénitas.

Relativamente às experiências relatadas, as mesmas foram agrupadas em a) comunicação negativa e discriminação, b) experiências relacionadas com os profissionais de saúde, c) conflitos culturais e, d) cuidados clínicos perinatais.

Em relação à comunicação negativa e discriminação, os constrangimentos linguísticos, bem como a existência de tradutores nos quais teriam de confiar revelaram impactar negativamente no domínio das experiências comunicacionais e, conseqüentemente, nas experiências relacionais. Também a perceção de alguma insensibilidade, de racismo e de estereótipos culturais discriminatórios foram apontados em quatro estudos como prejudiciais nos processos de interação entre as mulheres migrantes e os profissionais de saúde.

Quanto à relação interpessoal entre mulheres migrantes e profissionais de saúde houve unanimidade sobre a importância de tal relação na vivência ou experiência de cuidados perinatais. A este respeito, dois estudos revelaram relações interpessoais positivas resultantes do atendimento profissional de forma amável e com capacidade de escuta e interesse pelo outro. Não obstante, a maioria dos estudos demonstrou experiências interpessoais negativas, sendo que foi observada uma diferença significativa entre a forma como as mulheres migrantes descreviam a relação com os profissionais de saúde e a perceção das mulheres não migrantes, sendo que as mulheres migrantes eram mais propensas a relatar experiências interpessoais negativas. Também os conflitos culturais revelaram poder estar na origem de experiências negativas em grávidas migrantes. Neste domínio, ganham destaque o desconhecimento e insensibilidade cultural, bem como as diferenças entre crenças culturais, religiosas e tradicionais e práticas e abordagens biomédicas ocidentais de

cuidados de saúde perinatais. As mulheres migrantes, não conhecendo bem as práticas e os cuidados europeus, manifestaram sentir pressão para se adaptar aos mesmos por forma a não serem julgadas como resistentes às abordagens ocidentais em favor das práticas tradicionais.

Por fim, relativamente à assistência clínica perinatal, também são evidenciadas práticas negativas relacionadas, entre outras, com uma fraca inclusão das mulheres migrantes nas decisões sobre situações que lhes dizem diretamente respeito, bem como experiências negativas com a gestão da dor, excessivo foco em abordagens muito técnicas durante o parto bem como uma excessiva prescrição medicamentosa culturalmente ou religiosamente inapropriada, em detrimento de abordagens não farmacológicas (por exemplo, aconselhamento para a depressão).

Também num estudo de Doetsch et al. (2021) realizado em maternidades públicas portuguesas entre 2017 e 2019, com participação de Diretores dos departamentos de ginecologia/obstetrícia de 19 maternidades e de 1134 mulheres migrantes, os resultados para as mulheres migrantes, relativos à qualidade dos cuidados prestados, durante o parto, nomeadamente sobre a presença de familiares próximos ou sobre a informação recebida foram percebidos como moderadamente negativos. Durante o período intra e pós-parto, as mulheres migrantes classificaram o longo tempo de espera para receber cuidados e a falta de inclusão na tomada de decisões como maioritariamente negativas (mais baixas do que os médicos), mas avaliaram sua satisfação com o atendimento recebido de forma satisfatória e com pontuações mais altas, que os profissionais de saúde.

Acessibilidade aos serviços de saúde

O acesso aos cuidados de saúde bem como a qualidade dos cuidados multidimensionais constituem atributos utilizados como medidas comparáveis e inter-relacionadas para avaliar a utilização e prestação de cuidados de saúde (Roger et. al., 2020), representando o acesso aos cuidados perinatais e maternos de qualidade um direito em que o envolvimento do utilizador constitui um elemento central (OMS, 2018).

De acordo com Oliveira (2023) “a promoção da equidade em saúde assenta essencialmente na procura de conter ou eliminar disparidades sistemáticas no acesso e utilização dos serviços de saúde por grupos populacionais distintos, nomeadamente diferenças evitáveis ou desnecessárias” (p.263). No entanto, apesar da importância de

se conhecer profundamente o fenómeno da acessibilidade aos serviços de saúde, em Portugal, verifica-se ainda uma lacuna ao nível dos dados sobre a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde por parte dos imigrantes (ERS, 2015; Oliveira, 2023).

Não obstante esta lacuna, é sabido que Portugal tem assumido, internacionalmente, acordos em matéria de integração de migrantes, nomeadamente na área da saúde. Portugal, nos Planos para a Integração dos Emigrantes, 2007 e 2010-2013 comprometeu-se, na área da saúde, com várias medidas para promover o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, garantindo também o acesso à saúde de cidadãos estrangeiros em situação irregular e implementar a integração dos hospitais portugueses na rede europeia “Hospitais Amigos dos Migrantes”, ratificando assim, a Declaração de Amesterdão sobre a criação de Hospitais amigos dos migrantes numa Europa etnoculturalmente diversificada. Esta iniciativa de criação de *Hospitals Migrant-Friendly* [MFH] é uma iniciativa europeia que abrange recomendações para os decisores políticos com base nas áreas-chave comunicação intercultural, capacidade de resposta, capacitação e monitorização.

Para além desta preocupação dos estados-membros e de Portugal com a integração dos migrantes e a acessibilidade de forma equitativa aos serviços de saúde, também vários investigadores se têm dedicado ao estudo desta temática.

Na Revisão Sistemática da literatura (Heslehurst, 2018) já acima referida, os resultados também se reportam à acessibilidade das mulheres migrantes aos serviços de saúde, sendo que, das 29 revisões sistemáticas incluídas no estudo, dezasseis delas relataram dados relacionados com o acesso ou utilização de cuidados de saúde perinatais.

Os resultados colocam em evidência e de forma consistente, as barreiras ao acesso aos cuidados de saúde que foram categorizadas como: a) barreiras estruturais e organizacionais, b) barreiras sociais e, c) barreiras pessoais e culturais.

Relativamente às barreiras estruturais e organizacionais, dez revisões sistemáticas relataram a falta de conhecimento sobre os recursos em matéria de saúde, e respetivo funcionamento, cobertura e formas de aceder aos mesmos como uma barreira importante. Também a mobilidade e articulação entre recursos de saúde, bem como a burocracia e a falta de informação sobre consultas regulares e check-ups resultaram em consultas perdidas.

Similarmente, a comunicação comprometida pelo desconhecimento da língua, foi mencionada como barreira ao acesso aos cuidados de saúde perinatais em dez revisões sistemáticas. Acresce a estas dificuldades, as perceções sentidas de que os serviços de saúde não queriam aceitar mulheres migrantes, barreiras essas, relatadas em três revisões sistemáticas incluídas no estudo de Heslehurst (2018).

No que se reporta às barreiras sociais, as dificuldades relacionadas com situações de pobreza, segurança habitação, emprego e cuidados com os outros filhos são relatadas como concorrentes, porque prioritárias face à procura de cuidados de saúde e todas as dificuldades que esta procura implica. Restrições financeiras foram frequentemente relatadas, incluindo a falta de seguro de saúde, custo dos cuidados e questões mais amplas de pobreza, como não ter telefone, creche ou transporte. Também houve menção à gravidez não planeada, ser solteira e nível de escolaridade baixo como barreiras sociais.

Por fim, as barreiras pessoais e culturais também foram evocadas, nomeadamente no que se refere à relutância entre as mulheres migrantes para falar sobre questões relacionadas com saúde mental, desconhecimento sobre a cultura do país de acolhimento que as inibia de procurar ajuda, o medo de serem rotuladas, estigma e alienação em algumas culturas, crenças que a depressão não representa um problema de saúde significativo pelo que os profissionais e serviços de saúde não estariam disponíveis e vocacionados para essa área, falta de conhecimento em geral e medos associados à possibilidade de provocação de aborto intencional. Outras barreiras adicionais incluem a preferência por profissionais de saúde do género feminino devido a razões religiosas e de intimidade.

Num estudo transversal realizado por Doetsch et al., (2021), em maternidades públicas portuguesas, os resultados relativos ao acesso aos cuidados de saúde revelam que as mulheres migrantes avaliaram o acesso aos cuidados de saúde de forma significativamente melhor que os profissionais do estudo, mas a qualidade do atendimento pior do que os diretores dos departamentos de ginecologia/obstetrícia. As mulheres migrantes, na sua quase totalidade, não referiram barreiras ao acesso aos cuidados de saúde perinatais, sem dificuldades para compreender o sistema de cuidados e sem dificuldades de comunicação com o prestador de cuidados. Apenas 17% referiram barreiras linguísticas. Quase todos os migrantes (98%) indicaram não ter usufruído de tradutor, apesar de no plano para a integração dos imigrantes vir

contemplada como medida, na área da saúde, o desenvolvimento de um Programa de Mediação Sociocultural na rede de hospitais e de centros de saúde em territórios com elevada presença de imigrantes, com a respetiva “contratação de mediadores socioculturais para prestação de serviços em Centros de Saúde e em Hospitais que sirvam territórios com elevada presença de imigrantes, tendo em vista a facilitação linguística e cultural no acesso à saúde (Alto Comissariado para as Migrações, 2015).

Também na Scoping Review realizada por Pedroso et.al (2020) na sequência da obtenção de resultados que evidenciam experiências de maternidade de mulheres migrantes pouco positivas, é feita a recomendação da “presença de mediadores culturais uma vez que estes iriam proporcionar uma prestação de cuidados culturalmente congruentes, no âmbito da das crenças e das práticas” (Pedroso et al., p.66).

Num outro estudo realizado com dez enfermeiros a exercerem funções no bloco de partos de um hospital da grande Lisboa, sobre práticas de mediação cultural, a possibilidade da existência de um mediador intercultural na maternidade também foi reconhecida de grande importância para os enfermeiros envolvidos no estudo (Coutinho et al, 2019).

Por sua vez, uma revisão sistemática da literatura sobre o acesso a cuidados pré-natais de mulheres grávidas migrantes não legalizadas em vários países da Europa (Osuide et al., 2024) revela graves problemas de acessibilidades aos serviços de saúde que enfatizam a necessidade urgente de modificações políticas e reformas nos cuidados de saúde na Europa para abordar os problemas associados à restrição ao acesso aos cuidados pré-natais de migrantes “indocumentados” (Osuide et al., 2024, p.14).

Interação enfermeiro-migrante na maternidade

No estudo realizado por Santiago (2020) com a participação de trinta entrevistas a migrantes grávidas e mães até aos 6 meses pós-parto nos Cuidados de Saúde Primários, sobre a perspetiva da mulher migrante acerca da interação que estabeleceu com o enfermeiro durante a vigilância pré-natal ao pós-parto os resultados permitiram a identificação de cinco categorias: Vivendo como migrante, experienciando a maternidade, procurando comunicar, a resposta afetiva à atitude da enfermeira e atribuindo significado à informação da enfermeira e, ainda, de uma categoria central: construindo a confiança

Relativamente à *comunicação entre as migrantes e os enfermeiros*, foi evidenciado que, apesar de diferenças de valores culturais, religiosos, sociais e de afetividade de ambas as partes, determinadas atitudes e ações do enfermeiro, inerentes ao processo de comunicação, são facilitadores da relação entre enfermeiro-mulher migrante fomentando também a compreensão da informação partilhada, no sentido de uma eficaz identificação das necessidades de saúde da gestante/mãe, nas diversas dimensões que possam afetar o bem-estar materno, do feto e futura criança, da aquisição de competências maternas, do autocuidado e da promoção de estilos de vida saudáveis (Santiago, 2020, p. 245). O respeito mútuo, a experiência profissional do enfermeiro e a sua disponibilidade durante os cuidados de saúde materna também foram apontados como facilitadores do processo de interação com os enfermeiros durante a gravidez ao pós-parto. Em oposição, a falta de disponibilidade do enfermeiro, pode conduzir a sentimentos de marginalização e de insatisfação pelos cuidados de enfermagem recebidos.

Sobre a categoria *resposta afetiva à atitude da enfermeira*, emergiu a valorização atribuída à dimensão relacional dos cuidados de enfermagem em saúde materna traduziram-se em respostas afetivas de reconhecimento, de compreensão e aceitação facilitadoras da exposição de dúvidas e de necessidades de saúde por parte das mulheres migrantes.

A categoria *construindo a confiança* resultou de um processo dinâmico, onde as ações dos enfermeiros durante a vigilância pré-natal ao pós-parto criaram níveis de confiança na mulher migrante que giraram em torno de dois polos opostos: o fortalecimento da confiança e o enfraquecimento da confiança. Assim, os resultados sugerem que a continuidade dos cuidados ou o número de interações com o mesmo enfermeiro são promotores da construção da confiança, sendo esta confiança orientada por um suporte afetivo; por outro lado, a confiança comprometida surgiu associada a intervenções dos enfermeiros onde se manifesta a falta de disponibilidade para a escuta, os juízos de valor ou referenciais estereotipados que levam ao receio, à insegurança, à passividade e à insatisfação da mulher migrante face aos cuidados de enfermagem durante a maternidade.

De igual forma, no estudo de Coutinho et al., (2019) a construção de uma relação de confiança entre enfermeiro-mulher migrante tem tradução em melhores cuidados e num conhecimento mais profundo da cultura da mulher migrante, compreendendo,

assim, as suas necessidades e permitindo, simultaneamente, que esta compreenda os cuidados que lhe são prestados.

Coutinho et al., (2019), desenvolveram um estudo com o objetivo de identificar a dimensão do cuidado cultural na interação entre enfermeiras e puérperas, no qual participaram 21 enfermeiras e 15 puérperas num total de 36 participantes. Da análise qualitativa dos dados emergiram as categorias: (i) Atitudes das enfermeiras que as puérperas reconhecem imprescindíveis no processo de cuidar; (ii) Exercitar a competência cultural; (iii) Recursos linguísticos utilizados pelas enfermeiras na interação com pessoas de outras culturas; (iv) Constrangimentos manifestados nas interações enfermeiras e puérperas.

Em termos de conclusões ficou claro o reconhecimento, por parte das puérperas, das atitudes dos enfermeiros tais como ajudar e estar presente, enquanto imprescindível ao processo de cuidar. Por outro lado, também as enfermeiras valorizam “o próprio esforço em exercitarem a competência cultural, como respeitar as pessoas de outras culturas; e valorizam os recursos linguísticos utilizados na interação, como o seu próprio conhecimento linguístico enquanto fator facilitador da competência cultural” (p.968). Ainda neste estudo, a existência de tradutores nos hospitais, bem como a presença de acompanhantes com capacidade de fazer a tradução foi considerado benéfico. Inclusivamente, o discurso das enfermeiras aponta para a necessidade de mediadores interculturais, e de investir ao nível da formação das enfermeiras no sentido de desenvolverem uma consciência crítica para se tornarem culturalmente mais competentes.

A articulação cultural entre quem cuida e quem é cuidado, configura-se como um requisito essencial e necessário para uma abordagem intercultural no planeamento e implementação dos cuidados às pessoas migrantes (Reis & Coutinho, 2021). Este constitui um campo urgente e desafiante para todos os profissionais de saúde que pretendam abordagens interculturais competentes, sendo para a profissão de enfermagem uma área em evolução, já com grande produção de conhecimento e à qual está afeta regulamentação profissional.

Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001) sustentam o “exercício profissional da enfermagem” centrado na relação interpessoal entre o enfermeiro e a (s) pessoa (s) cliente, ambos com os seus quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual, sendo que o enfermeiro, fruto da sua formação e

experiência deverá “compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem” (p.10). No mesmo documento, aquando do enunciado descritivo: A satisfação do cliente, é referido que:

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. São elementos importantes da satisfação dos clientes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem, entre outros: o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente” (OE, 2001, p.14).

Os valores humanos, também no âmbito da Deontologia Profissional do Enfermeiro indicam a assunção do dever, entre outros, de “Respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa e criar condições para que ela possa exercer, nestas áreas, os seus direitos” (p.88). De igual modo, a prestação de cuidados culturalmente sensíveis surge como um dos critérios de competências do enfermeiro no domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal nesse domínio (OE, 2015).

Também no Regulamento relativo às competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2019a) o enfermeiro é orientado para “assegurar o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos”, como forma de promover a proteção dos direitos humanos (p.4746) e no domínio da melhoria contínua da qualidade, no âmbito da promoção da competência “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo deverá fomentar a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo (p.4747) e ainda que “Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais” (p.4748). Especificando agora para as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO) e no que se refere à competência 7: “Cuida o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade” surge como descritivo dessa competência o cuidar o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população (p.13565).

Limitações

Apesar da relevância do tema, há lacunas em estudos e dados específicos sobre a acessibilidade e utilização dos serviços de saúde por parte das mulheres migrantes em

Portugal. Isso limita a capacidade de generalização dos resultados e a sua aplicabilidade prática. Por outro lado, o fato dos estudos utilizarem abordagens metodológicas, populações e instrumentos de avaliação muito díspares, também pode constituir uma limitação na generalização dos resultados. De igual forma, a carência de estudos sobre a prática do EEESMO relativamente ao tema em estudo, se constitui como uma limitação e, simultaneamente como um desafio no que se refere à superação de tal limitação.

Recomendações para a prática profissional

Esta Revisão Narrativa da Literatura, sustentada em vários estudos nacionais e internacionais e também em relatórios sobre a temática, aponta claramente para o imperativo de uma mudança em direção a práticas profissionais mais congruentes e culturalmente competentes, incentivando que os EEESMO priorizem práticas de cuidado que respeitem as crenças, valores e práticas culturais das mulheres/ família, envolvendo-as na tomada de decisão. Também a área da identificação precoce de fatores de risco deve ser tida em conta como forma de proteger as mulheres migrantes de condições obstétricas e perinatais adversas (OMS, 2019).

Muitos estudos sugerem a inclusão da presença de mediadores socioculturais nos serviços ou uma maior abertura à presença de acompanhantes que possam facilitar a mediação cultural. Os mesmos, podem facilitar a comunicação, reduzir barreiras culturais e linguísticas e promover uma assistência mais humanizada.

Porém, antes disso ou, em simultâneo, os EEESMO deverão estar imbuídas de um espírito verdadeiro de mudança e de acreditar que ser culturalmente mais competente é uma vantagem, não só para as mulheres migrantes, mas para todos os envolvidos. Sugerimos também o incentivo à presença de acompanhantes familiares ou membros da comunidade das mulheres migrantes, sempre que possível, para ajudar a reduzir o impacto de barreiras culturais e linguísticas durante os cuidados perinatais.

A inclusão nos vários serviços de saúde de programas de formação contínua sobre cuidados culturalmente competentes, com foco no desenvolvimento de competências culturais, com utilização de dispositivos tecnológicos, como tradutores, plataformas de comunicação intercultural que possam ajudar nesse caminho da melhoria dos cuidados e da fomentação da confiança e interação entre mulheres migrantes e enfermeiras.

Ao nível das políticas de acessibilidade também surgem recomendações como assegurar que as mulheres migrantes tenham acesso fácil e equitativo aos serviços de saúde, com a implementação de políticas que eliminem barreiras estruturais e organizacionais, como burocracia excessiva e falta de informações claras sobre os serviços disponíveis, promover a adesão a iniciativas como os "Hospitais Amigos dos Migrantes". O conceito de Hospitais Amigos dos Migrantes surgiu como resposta à diversidade cultural e aos desafios que os serviços de saúde enfrentam para atender populações migrantes. Este modelo, inspirado no projeto europeu "*Migrant-Friendly Hospitals*", propõe ações que promovem a acessibilidade, a humanização e a inclusão nos cuidados de saúde (Silva & Martingo, 2007). Propõe-se ainda, o incentivo de mais pesquisas específicas sobre mulheres migrantes, incluindo estudos sobre intervenções de EEESMO, para gerar dados que possam informar políticas e práticas futuras.

Não obstante, o trabalho em rede é uma abordagem essencial na prestação de cuidados de saúde culturalmente competentes, especialmente na prestação de cuidados às mulheres migrantes durante a gravidez e o pós-parto, promovendo cuidados mais equitativos e inclusivos. Desta forma, torna-se imperativo promover a articulação entre Hospitais, Centros de Saúde, Serviços Sociais, Organizações Não Governamentais, e associações de apoio a migrantes para garantir que as mulheres recebam cuidados integrados e contínuos, estabelecendo canais de comunicação eficientes entre as diferentes unidades e profissionais envolvidos no cuidado, permitindo a troca de informações sobre as necessidades das mulheres.

Recomendações para investigação futura

A revisão apresentada sugere diversas recomendações para investigações futuras, com foco no cuidado às mulheres migrantes durante a gravidez e o pós-parto. Em primeiro lugar, é essencial explorar detalhadamente o papel do EEESMO, investigando as intervenções específicas e seu impacto nos resultados de saúde dessa população.

Destaca-se, ainda, a necessidade de investigar o impacto da presença de mediadores culturais nos serviços de saúde, tanto na acessibilidade, quanto na satisfação das mulheres migrantes. Além disso, é crucial aprofundar a compreensão sobre as barreiras enfrentadas pelas mulheres migrantes no acesso aos serviços, incluindo aspetos linguísticos, culturais, financeiros e organizacionais, bem como analisar estratégias que facilitem esse acesso.

A saúde mental também é uma área prioritária, com destaque para a necessidade de investigações sobre os fatores determinantes de condições como a depressão pós-parto e intervenções eficazes para a sua prevenção e tratamento. Paralelamente, estudos que comparam modelos de cuidado implementados em diferentes países podem ajudar a identificar abordagens mais eficazes e culturalmente sensíveis.

A utilização de tecnologias, como aplicativos e plataformas digitais, deve ser investigada como forma de melhorar a comunicação entre profissionais de saúde e utentes, além de facilitar o acesso a informações sobre saúde materna. Estudos longitudinais são recomendados para avaliar o impacto a longo prazo dos cuidados transculturais na saúde de mães e bebês migrantes, considerando fatores como mortalidade materna, desenvolvimento infantil e integração social.

Por fim, é necessário analisar a eficácia de políticas públicas e estratégias de integração, como os "Hospitais Amigos dos Migrantes" e explorar como essas iniciativas podem ser adaptadas ou fortalecidas para assistir às necessidades das mulheres migrantes. Essas investigações são fundamentais para reduzir as desigualdades em saúde e promover cuidados mais eficazes, equitativos e culturalmente competentes.

2.2.4. Conclusão

A revisão evidencia as vivências, barreiras e vulnerabilidades enfrentadas por mulheres migrantes durante a gravidez e o pós-parto, destacando a necessidade de cuidados de enfermagem transculturais e culturalmente competentes. Neste contexto, o papel do EEESMO é fundamental para assegurar a qualidade dos cuidados e colmatar necessidades específicas desta população, promovendo a saúde e bem-estar.

Os estudos que serviram de suporte à presente revisão reforçam que práticas sensíveis e culturalmente alinhadas, não só melhoram os resultados perinatais, mas também contribuem para a construção de confiança e satisfação com os cuidados prestados.

O EEESMO, pela sua formação especializada, desempenha um papel fundamental na identificação e abordagem das diferenças culturais que influenciam a experiência da maternidade. Ao atuar como facilitador no processo de adaptação cultural, contribui para a redução de barreiras linguísticas, sociais e culturais, promovendo uma assistência humanizada e eficaz. Além disso, o EEESMO é indispensável na construção de relações

de confiança, no apoio emocional e na inclusão das mulheres migrantes nas decisões sobre os cuidados recebidos.

Assim, a capacitação contínua das EEESMO em competências culturais, aliada à integração de mediadores culturais nos serviços de saúde, é essencial para garantir uma assistência materna e obstétrica sensível às particularidades culturais e eficaz na promoção de resultados positivos para mães e bebês.

2.3. RESULTADOS EMPIRICOS OBTIDOS NA PRÁTICA CLÍNICA

A par da elaboração da revisão da literatura, considerou-se pertinente a recolha de informação através do sistema SCLINICO, Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar, Boletim de Saúde da Grávida a todas as mulheres grávidas e puérperas migrantes que foram alvo da prestação de cuidados no exercício de aprendizagem nos contextos clínicos ao longo do estágio.

Os dados empíricos obtidos durante a realização do estágio foram analisados recorrendo ao Microsoft Excel e à análise estatística descritiva dos mesmos.

A secção que se segue apresenta os resultados obtidos ao longo dos estágios clínicos.

Dados Epidemiológicos nos Cuidados de Saúde Primários

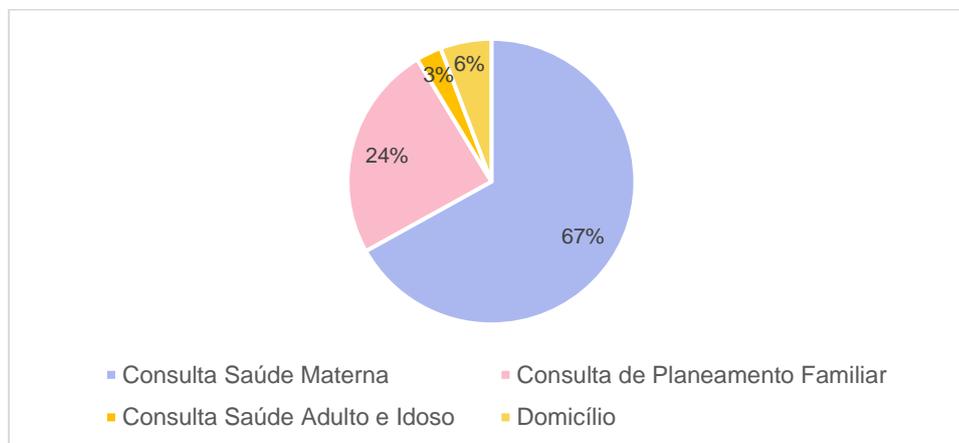
Aquando do estágio realizado no Centro de Saúde S, no período de seis semanas, foram atendidas 139 mulheres. A grande maioria (93; 66,9%) foram atendidas na consulta de saúde materna, por gravidez. Relativamente às outras consultas, constata-se que recorreram ao EEESMO, 34 mulheres (24%) para a consulta de planeamento familiar, e de forma pouco expressiva oito mulheres (6%) foram atendidas no seu domicílio e quatro mulheres (3%) na consulta de saúde do adulto e idoso, conforme figura 4.

Do universo das 93 mulheres grávidas (consulta de saúde materna) apenas três delas (3,23%) tinham nacionalidade estrangeira. Trata-se de uma percentagem bastante inferior às percentagens encontradas nos serviços de internamento onde se realizou o estágio, onde cerca de 22% das mulheres recorreram Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, valor coincidente com a estatística nacional que aponta para cerca de um quinto de bebês nascidos filhos de mães estrangeiras, residentes em Portugal. Esta diferenciação poderá ter justificação no fato de se tratar de um concelho que pertence

ao distrito do Hospital em causa, onde confluem mulheres provenientes de todos os concelhos do distrito e não apenas do concelho onde foi realizado o estágio de CSP. Outra explicação poderá ser a de que se trata de um concelho com fraca população de nacionalidade estrangeira, que constitui apenas 3,4% do total da população residente (INE, 2021)

Das três mulheres migrantes atendidas na consulta de saúde materna, todas elas iniciaram a vigilância da gravidez com cerca das 20 semanas de gravidez. As mesmas apresentavam origem asiática e estavam em Portugal havia cerca de seis meses. Nenhuma delas falava a língua portuguesa. Uma delas era nulípara e as outras duas tinham um filho, estando grávidas pela segunda vez. Apesar das barreiras linguísticas e culturais, foram informadas sobre a importância da vigilância da gravidez e sobre os recursos em matéria de saúde materna e obstétrica, tendo, igualmente, sido incentivadas à continuidade da vigilância da gravidez. Embora tardiamente, também foram realizados todos os exames laboratoriais recomendados.

Figura 4. Mulheres atendidas em 6 semanas, por tipo de consulta



Fonte: Elaboração própria

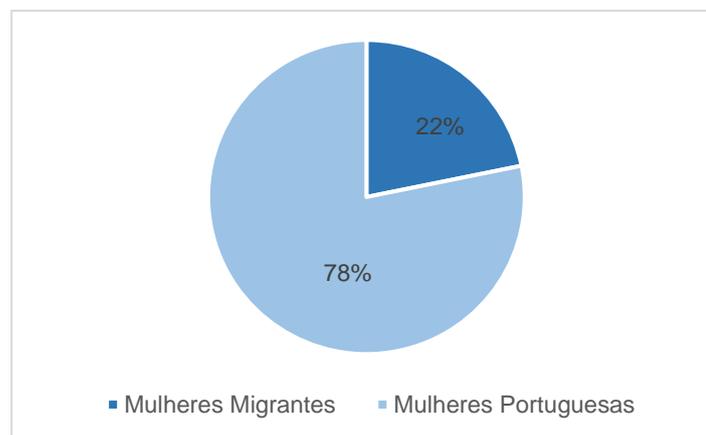
Dados Epidemiológicos dos Cuidados de Saúde Diferenciados: Serviços de Internamento de grávidas, urgência de obstetrícia/ginecologia e sala de partos

Durante o estágio realizado nos seguintes contextos clínicos: internamento de grávidas com patologia, serviço de urgência de obstetrícia/ginecologia e sala de partos, todos eles valências afetas ao Serviço de Obstetrícia do Hospital B, teve-se a oportunidade de prestar cuidados à população sobre a qual se apresentam os dados

epidemiológicos obtidos, com especial foco e destaque da amostra constituída pelas mulheres migrantes. Os dados relativos às mulheres portuguesas também foram sujeitos a análise, com o intuito de se estabelecerem comparações entre as mulheres portuguesas e as mulheres migrantes.

Assim, foram alvo da intervenção da mestranda, 133 mulheres. Destas, 29 mulheres (22%) eram migrantes e 78% mulheres portuguesas, conforme figura 5. Estes números são totalmente coincidentes com os números nacionais, já que segundo o INE (2024), no ano de 2023, mais de um quinto (22%) dos bebés nascidos em Portugal eram filhos de mãe estrangeira.

Figura 5. Mulheres migrantes e mulheres portuguesas alvo de cuidados



Fonte: Elaboração própria

A natalidade constitui uma importante dimensão da demografia portuguesa. Ao longo da última década verificou-se uma quebra significativa no número de nados-vivos. No entanto, em 2022, volta a verificar-se um incremento dos nascimentos, devendo-se este crescimento principalmente aos nados-vivos de mães de nacionalidade estrangeira que sobem para 14 mil, representando mais 28,7% que no ano anterior (Oliveira, 2023). De acordo com os dados do Relatório Estatístico Anual - Indicadores de Integração de Imigrantes, as taxas brutas de natalidade feminina das populações de nacionalidade portuguesa, quando comparadas com a estrangeira, verifica-se que essas taxas são bastante mais favoráveis na população estrangeira. Este facto está associado, entre outros fatores, à estrutura etária desta população que se mostra mais favorável à ocorrência de nascimentos (Oliveira, 2023).

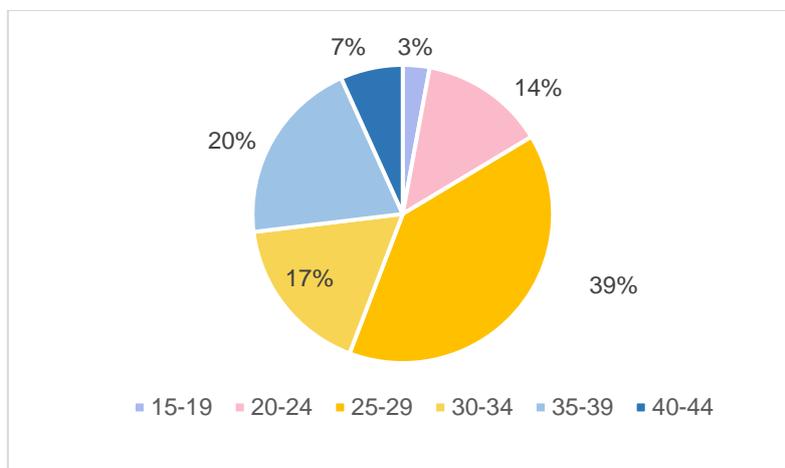
Grupos etários

No que respeita às idades, observou-se que a maioria das mulheres, tanto as portuguesas como as migrantes tinham idades compreendidas entre os 25 e 29 anos, com 39% e 38%, respetivamente.

Já no que respeita à faixa etária entre 30 e 34 anos, observa-se que, comparativamente às mulheres portuguesas, 35% das mulheres migrantes estavam nesta faixa, sendo que apenas 17% das mulheres portuguesas estavam inseridas neste grupo etário. Outra diferença encontrada, embora pouco expressiva do ponto de vista estatístico, é a de que no grupo das mulheres migrantes, nenhuma delas tinha idade inferior a 20 anos, sendo que no grupo das mulheres portuguesas, três delas tinham entre 15 e 19 anos de idade (vide Figuras 6 e 7).

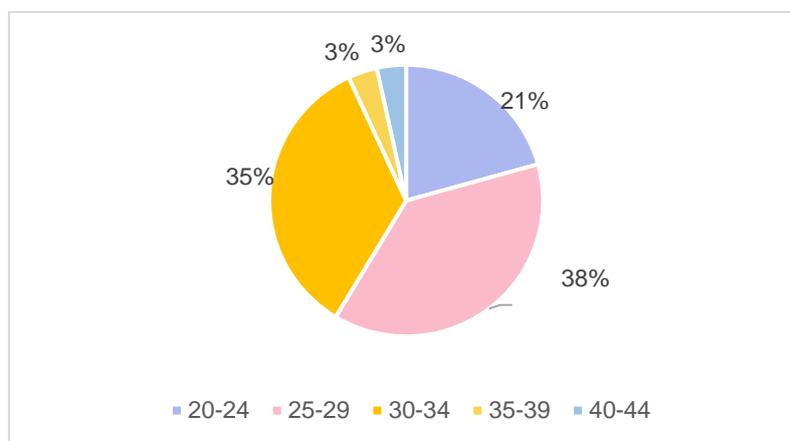
No respeitante às médias de idade aquando do parto, não são encontradas diferenças significativas, já que as médias de idade são de 28,7 anos para as mulheres migrantes e 29,4 anos para as mulheres portuguesas.

Figura 6. Distribuição das mulheres portuguesas por faixa etária



Fonte: Elaboração própria

Figura 7. Distribuição das mulheres migrantes por faixa etária



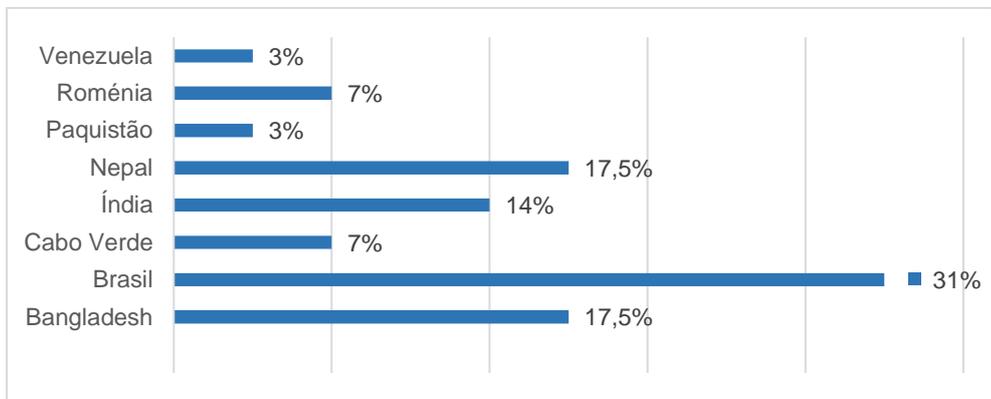
Fonte: Elaboração própria

Nacionalidade

De entre as mulheres migrantes (n=29), por nacionalidade, destaca-se o Brasil como país de origem de grande parte das mulheres em análise (31%), seguido do Bangladesh e Nepal, ambos países de origem de cerca de 17,5% das mulheres migrantes, conforme figura 8. Também aqui, os dados estão em sintonia com os dados nacionais, sendo que de acordo com Oliveira (2023), no seu recente Relatório Estatístico Anual 2023 sobre Indicadores de Integração de Imigrantes, a nacionalidade brasileira mantém-se como a principal comunidade estrangeira residente em Portugal, com uma representação de 35,3% do total. Especificando para as nacionalidades estrangeiras que registaram maior número de nados-vivos em 2021 e 2022, destacam-se as mães de nacionalidade brasileira com 39,6% e 40,1%, respetivamente. Seguem-se as mães de nacionalidade angolana e cabo-verdiana. As mães nepalesas constituem a quarta nacionalidade mais representada, com 4,2% e 3,4% do total de mães estrangeiras nos anos de 2021 e 2022, respetivamente (Oliveira, 2023).

Estes últimos dados não são coincidentes com os encontrados na nossa população em estudo, o que pode ter explicação nas características rurais e de interioridade da região do Hospital B.

Figura 8. Distribuição das mulheres migrantes por nacionalidade

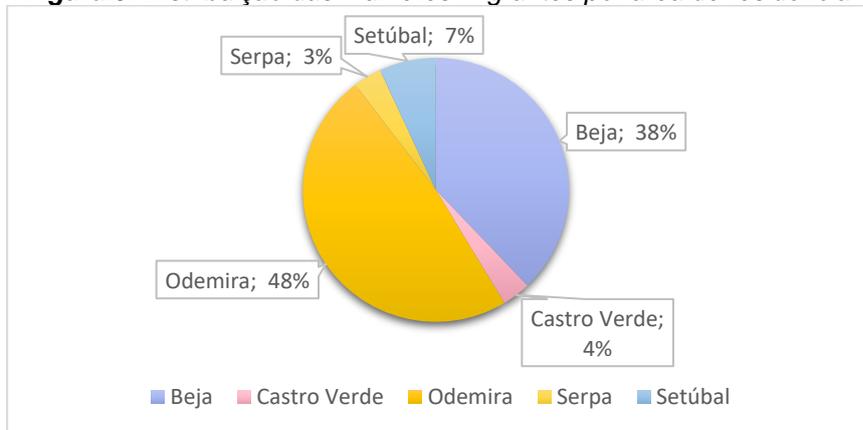


Fonte: Elaboração própria

Área de Residência

Relativamente às localidades onde vivem as mulheres migrantes, constatou-se que a maioria reside em Odemira (48%) seguida de Beja (38%), como consta na figura 9. Aqui, importa referir que o fato das mulheres que recorreram ao Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital B não pertencerem à área de abrangência dessa unidade de saúde, tem explicação nos constrangimentos ocorridos, durante o período em análise, no acesso a outros serviços de Obstetrícia e Ginecologia, pelo que as mulheres foram dirigidas para as unidades hospitalares mais perto das suas áreas de residência. Por outro lado, também é de fácil leitura o fato da maioria das mulheres serem provenientes de Odemira, já que a população desse concelho é representada em 39% por população estrangeira (Oliveira, 2023).

Figura 9. Distribuição das mulheres migrantes por área de residência

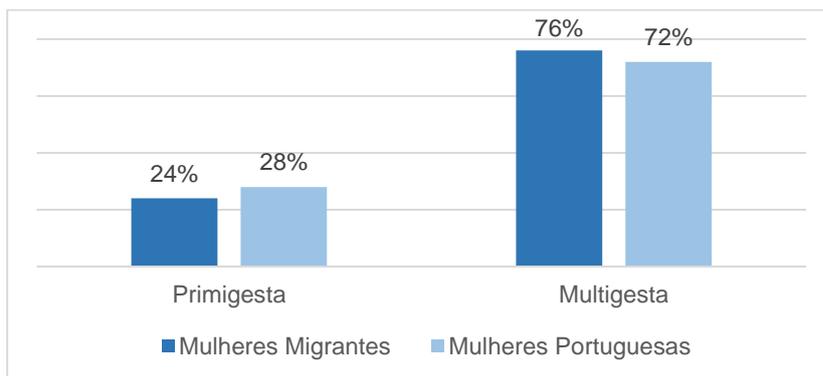


Fonte: Elaboração própria

Caraterização Obstétrica

Relativamente à paridade, não se observam diferenças significativas entre as mulheres portuguesas e as migrantes, já que em ambos os grupos a maioria são multigestas, com uma ligeira predominância de primigestas nas mulheres migrantes, tal como se observa na figura 10.

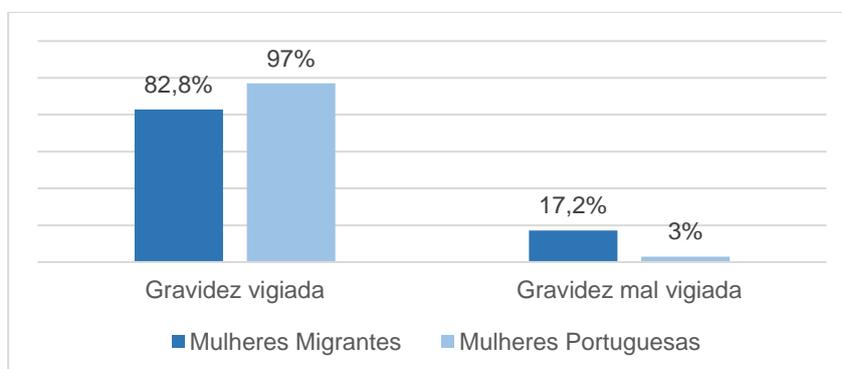
Figura 10. Distribuição das mulheres migrantes e mulheres portuguesas por paridade



Fonte: Elaboração própria

No que se reporta à vigilância da gravidez, observa-se que nas mulheres portuguesas a quase totalidade tinha vigilância da gravidez (97%) sendo que nas mulheres migrantes observou-se que a percentagem de gravidezes vigiadas desceu para 82,8%, o que corresponde a 17,2%, ou seja, cinco mulheres, de entre o universo de 29 mulheres, vigiaram inadequadamente as suas gravidezes, o que constitui um mau indicador de vigilância da gravidez (Figura 11).

Figura 11. Distribuição das mulheres migrantes e mulheres portuguesas por vigilância na gravidez



Fonte: Elaboração própria

Intercorrências na gravidez

No que respeita às intercorrências ao longo da gravidez, observa-se que a diabetes gestacional é a patologia que apresenta maior prevalência, sendo ligeiramente superior nas mulheres migrantes com, 17% vs 10% nas mulheres portuguesas. Também o único caso de toxoplasmose detetado, foi em grávida migrante (Figura 12). Além disso, a incidência geral de intercorrências na gravidez é superior entre as mulheres migrantes (31%) em comparação com as mulheres portuguesas (23%), refletindo a influência de fatores socioeconómicos e estruturais no acesso à saúde materna. A pré-eclâmpsia, em particular, apresenta uma taxa de 3,5% entre as mulheres migrantes, o que se alinha com as evidências científicas que indicam uma maior prevalência desta condição em determinados grupos raciais e étnicos. De acordo com Johnson e Louis (2022), mulheres negras e sul-asiáticas apresentam maior risco de desenvolver pré-eclâmpsia devido a fatores genéticos, ambientais e estruturais. Estes resultados são reforçados pelo estudo de Arechvo et al. (2022) que analisou a relação entre a raça materna e pré-eclâmpsia. Os resultados indicaram que, em mulheres negras, o risco de pré-eclâmpsia foi duas vezes superior ao das mulheres brancas. Já entre as mulheres de origem sul-asiática, o risco de pré-eclâmpsia é 1,5 vezes superior. Esses resultados apontam para uma predisposição racial e étnica na incidência de hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia, porém os mesmos não podem ser analisados isoladamente, devendo considerar fatores como acesso à saúde, condições socioeconómicas e antecedentes pessoais.

De acordo com Fontein Kuipers e Mestdagh (2022), as mulheres migrantes grávidas apresentam maior prevalência de certas doenças e complicações associadas à gravidez devido a fatores socioeconómicos, culturais e de acesso à saúde. De acordo com Winter et al., (2024) há uma maior incidência de diabetes gestacional e hipertensão induzida pela gravidez em algumas populações migrantes devido a fatores como mudanças no estilo de vida pós-migração, barreiras ao acesso aos cuidados de saúde e condições crónicas pré-existentes inadequadamente diagnosticadas e tratadas.

Figura 12. Distribuição das mulheres migrantes e mulheres portuguesas por intercorrências na gravidez

Intercorrências	Mulheres Portuguesas		Mulheres Migrantes	
	n	%	n	%
Diabetes gestacional	11	10	5	17
Hipertensão arterial gravídica	5	5	1	3,5
Metrorragia	2	2	0	0
Oligoâmnios	2	2	1	3,5
Pielonefrite	1	1	0	0
Placenta prévia	2	2	0	0
Pré-eclampsia	1	1	1	3,5
Toxoplasmose	0	0	1	3,5
Total	24	23	9	31

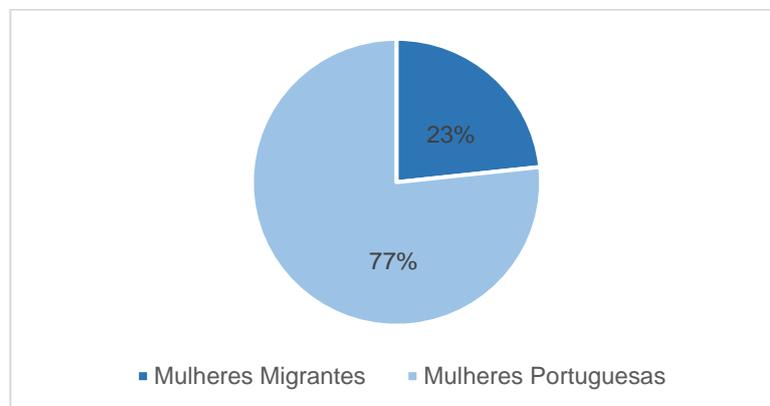
Fonte: Elaboração própria

Para além destas condições relativas à gravidez, algumas grávidas apresentavam outras condições prévias à gravidez como HIV positivo, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hipertensão arterial crónica, talassemia e depressão. Destas condições, o HIV foi identificado numa mulher migrante e a ansiedade também foi mais notória nas mulheres migrantes, o que reflete o impacto das variadas adversidades enfrentadas nesse contexto. Altos níveis de stress e ansiedade relacionados com insegurança social, condições económicas precárias e experiências de deslocamento também contribuem para piorar a saúde mental (Winter et al., 2024).

Puerpério

Aquando do estágio realizado no internamento de Puerpério, ficaram sob cuidados da mestranda 103 mulheres, sendo que destas, 23% eram de nacionalidade estrangeira, vs 77% mulheres de nacionalidade portuguesa (Figura 13). Trata-se de números quase sobreponíveis aos encontrados nos serviços de internamento de grávidas, urgência de obstetrícia/ginecologia e sala de partos, já anteriormente explorados.

Figura 13. Distribuição das mulheres puérperas migrantes e mulheres puérperas portuguesas, no puerpério



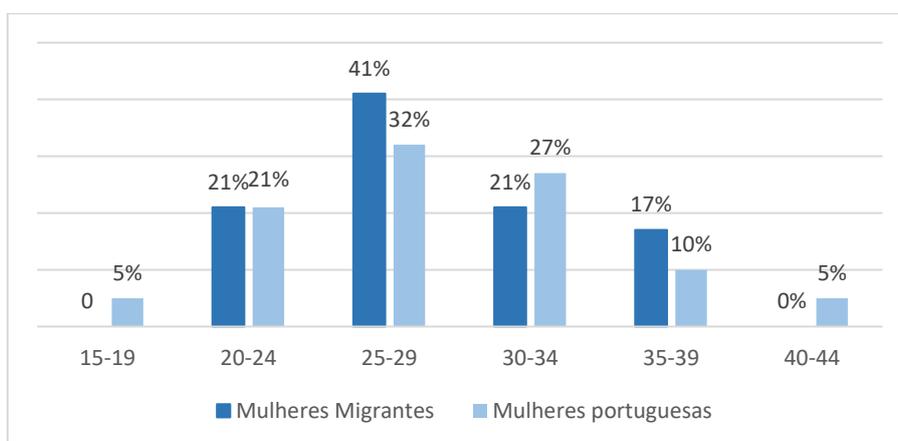
Fonte: Elaboração própria

Grupos etários

Nesta população verificou-se um ligeiro predomínio das mulheres migrantes com idades compreendidas entre 25 e 39 anos (79%) quando comparadas com as mulheres portuguesas (69%) já que 5% das mulheres portuguesas apresentavam idades entre 15 e 19 anos e outras 5% encontravam-se na classe etária entre 40 e 44 anos de idade, conforme figura 14.

Quanto à média de idade também aqui não há diferenças substanciais entre os dois grupos analisados com um ligeiro aumento da média nas mulheres portuguesas (28,4 vs 27,9).

Figura 14. Distribuição das mulheres puérperas migrantes e mulheres puérperas portuguesas por grupo etário

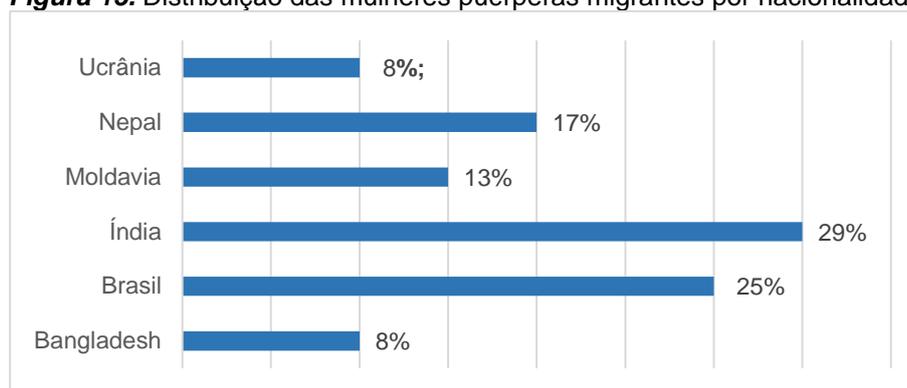


Fonte: Elaboração própria

Nacionalidade

Nesta população em análise, verifica-se que quanto à nacionalidade das puérperas, a maior parte é de nacionalidade indiana (29%), seguida da nacionalidade brasileira (25%) e em terceiro lugar surge a nacionalidade nepalesa, com 17% das puérperas de origem nepalesa (vide figura 15).

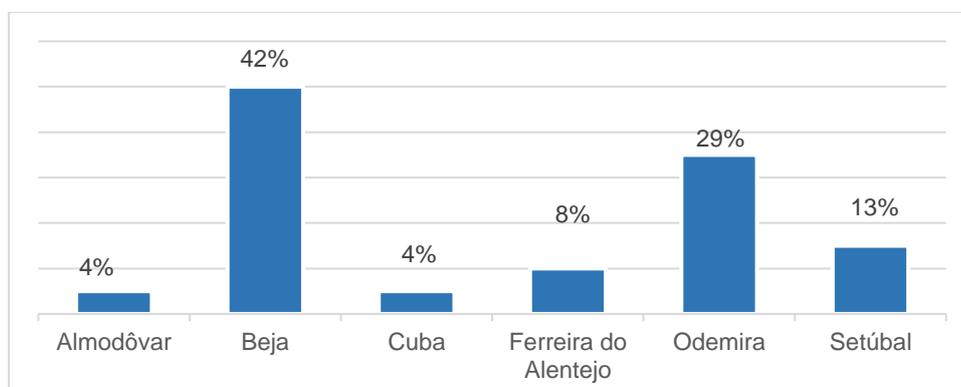
Figura 15. Distribuição das mulheres puérperas migrantes por nacionalidade



Fonte: Elaboração própria

Aqui, a nacionalidade indiana contrasta com a realidade nacional onde as puérperas oriundas da Índia representam 3,6% de entre as mães estrangeiras (Oliveira, 2023). Esta diferença poderá ter explicação pelo facto do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital B constituir o serviço de referência de uma zona rural com elevada incidência de migrantes com nacionalidades asiáticas (Odemira). Efetivamente, 29% das migrantes puérperas internadas são residentes em Odemira (Figura 16).

Figura 16. Distribuição das mulheres puérperas migrantes por área de residência

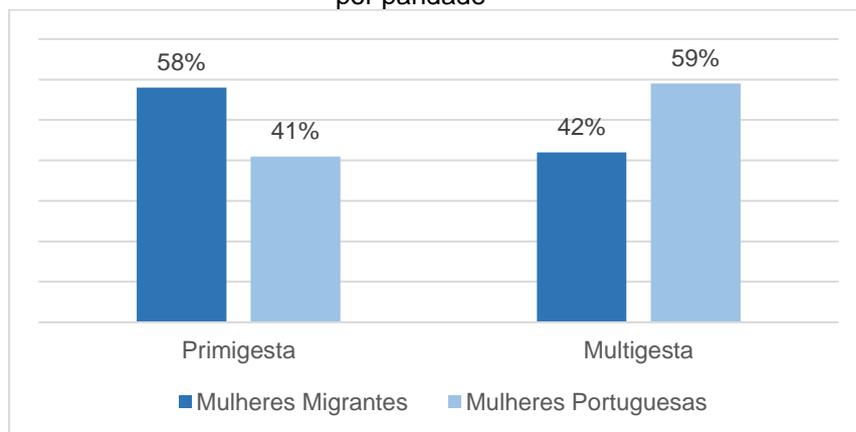


Fonte: Elaboração própria

Caraterização Obstétrica

Quanto à paridade das mulheres migrantes e portuguesas observa-se, nesta população, um predomínio de primigestas migrantes (58%) quando comparadas com as mulheres portuguesas (41%), verificando-se o oposto no que se refere às multigestas migrantes e portuguesas (Figura 17).

Figura 17. Distribuição das mulheres puérperas migrantes e mulheres puérperas portuguesas por paridade

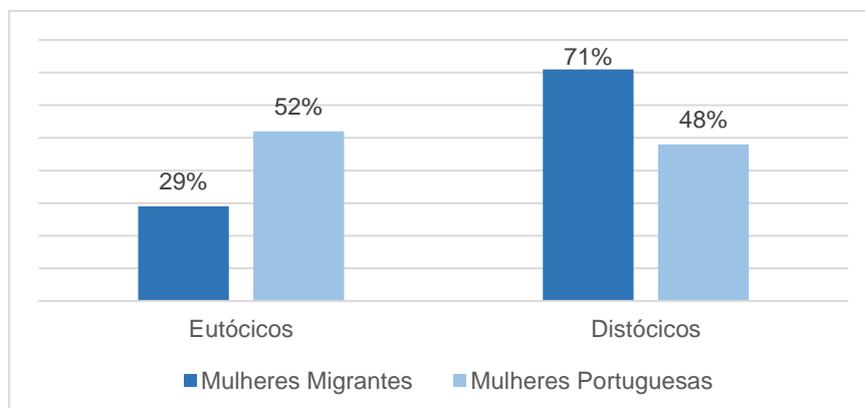


Fonte: Elaboração própria

Tipo de parto

No que se reporta ao tipo de parto, verifica-se que há um aumento de parto distócicos nas mulheres migrantes (71%) quando comparadas com as mulheres portuguesas (48%) (Figura 18).

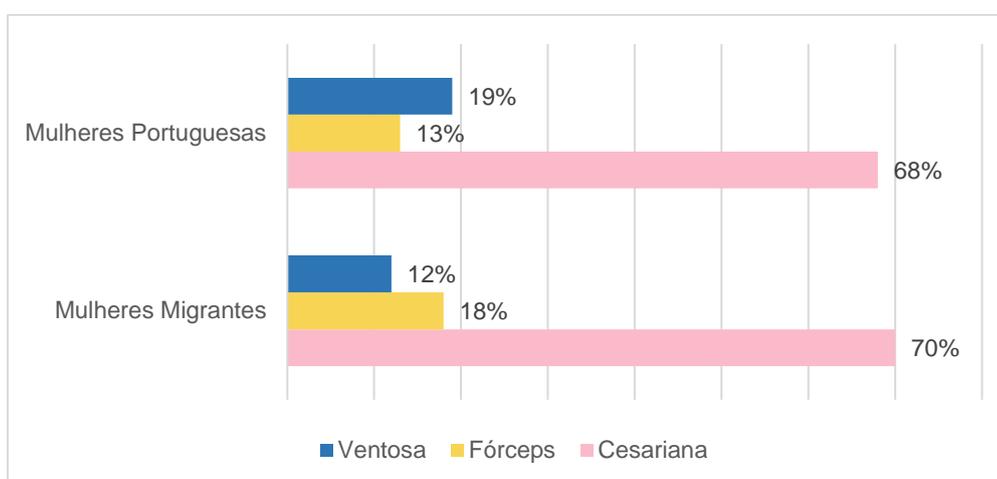
Figura 18. Distribuição das mulheres puérperas migrantes e mulheres puérperas portuguesas por tipo de parto



Fonte: Elaboração própria

Relativamente aos partos distócicos, predominam em ambas as populações os partos distócicos por cesariana, sendo 68% relativo às mulheres portuguesas e 70% no que diz respeito às mulheres migrantes, conforme figura 19. Segundo Winter et al., (2024), as mulheres migrantes apresentam maior prevalência de cesarianas, tanto eletivas quanto de emergência, devido a condições obstétricas agravadas ou atrasos nos cuidados.

Figura 19. Distribuição das mulheres puérperas migrantes e mulheres puérperas portuguesas por tipo de parto distócico



Fonte: Elaboração própria

Intercorrências na gravidez

Tal como na população dos Serviços de Internamento de grávidas, urgência de obstetrícia/ginecologia e sala de partos, já apresentada, a diabetes gestacional constitui a ocorrência gestacional com maior peso nas mulheres migrantes. Para além disso, surgem nesta população outras intercorrências, tais como descolamento da placenta nas mulheres migrantes (Figura 20).

Figura 20. Distribuição das mulheres puérperas migrantes e mulheres puérperas portuguesas por intercorrência na gravidez

Intercorrências	Mulheres Portuguesas		Mulheres Migrantes	
	n	%	n	%
Diabetes gestacional	3	4	3	13
Descolamento da placenta	0	0	2	8

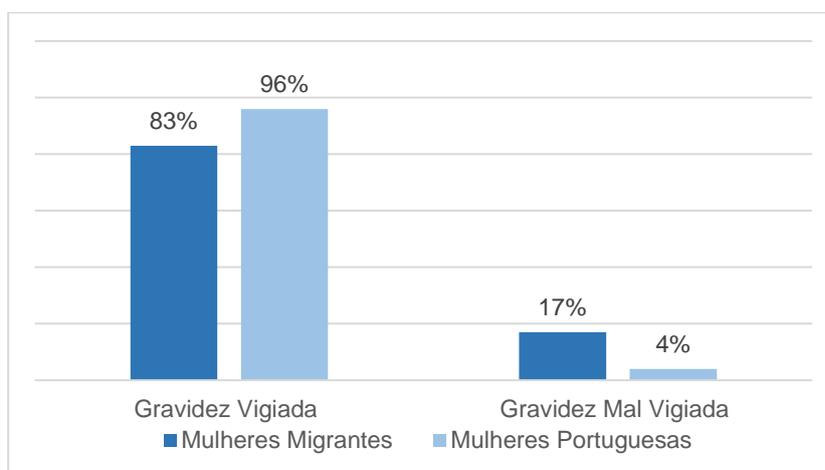
Hipertensão arterial gravídica	3	4	1	4
Oligoâmnios	1	1	0	
Pré-eclampsia	1	1	1	4
Toxoplasmose	0	0	1	4
Total	8	10	8	33

Fonte: Elaboração própria

Vigilância na gravidez

Também, quanto à variável *vigilância na gravidez* os resultados são similares aos apresentados na população dos serviços de internamento de grávidas, urgência de obstetrícia/ginecologia e sala de partos, com mais gravidezes inadequadamente vigiadas no grupo das mulheres migrantes (17%) (vide Figura 21).

Figura 21. Distribuição das mulheres puérperas migrantes e mulheres puérperas portuguesas por vigilância da gravidez



Fonte: Elaboração própria

Controlo da dor através de analgesia epidural

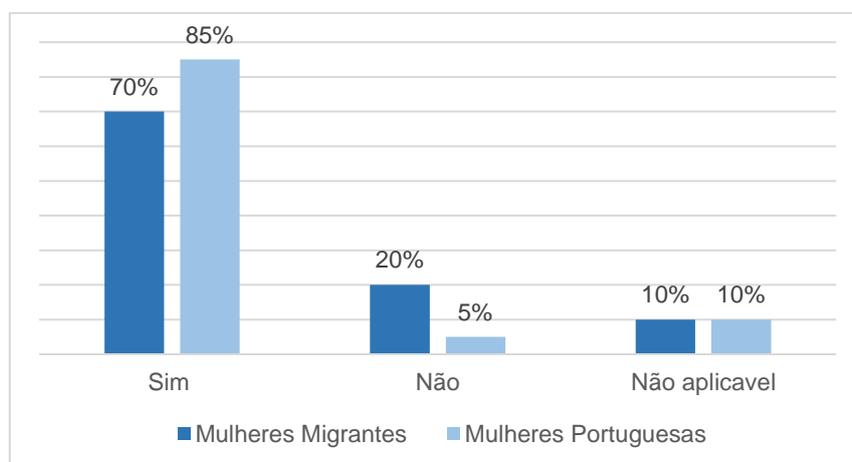
Verificou-se uma predominância da analgesia epidural para controlo da dor tanto no grupo de mulheres migrantes como mulheres portuguesas, porém houve uma ligeira predominância deste tipo de controlo de dor em mulheres portuguesas (85%), conforme figura 22. Da experiência da mestranda, a recusa da analgesia epidural pelas mulheres migrantes (20%) está associada ao desconhecimento sobre a técnica e às barreiras linguísticas que dificultam a compreensão sobre a mesma. Acresce ainda, que esse

desconhecimento pode gerar receio sobre as possíveis complicações maternas e fetais, diminuindo a sua aceitação. Os casos não aplicáveis dizem respeito a cesarianas programadas.

De acordo com Dominicé Dao et al., (2022) no seu estudo sobre as perceções e conhecimentos de mulheres imigrantes sobre analgesia epidural durante o trabalho de parto, as mulheres migrantes apresentam menores taxas de uso de analgesia epidural, relacionando este resultado com as barreiras linguísticas e culturais que dificultam o acesso a informações claras e objetivas. Muitas mulheres são conhecedoras da existência da epidural, porém o conhecimento sobre o procedimento é limitado, como dúvidas sobre os riscos, benefícios e em relação ao procedimento. Também algumas mulheres reconhecem a dor do parto como um processo natural, recusando por este motivo o controlo da dor por analgesia epidural

Waldum et al., (2020), partilham a mesma evidência e acrescentam que o tempo de residência no país de acolhimento aumentam a probabilidade de uso de analgesia epidural, sugerindo que a adaptação cultural e a familiarização com o sistema de saúde podem desempenhar um papel importante e a educação materna mostrou impacto nas taxas de utilização: mulheres migrantes com maior escolaridade tendem a usar mais a epidural. O EEESMO assume um papel determinante no aumento da consciencialização oferecendo informações claras e culturalmente adaptadas sobre o uso da analgesia epidural.

Figura 22. Distribuição das mulheres migrantes e mulheres portuguesas por analgesia epidural

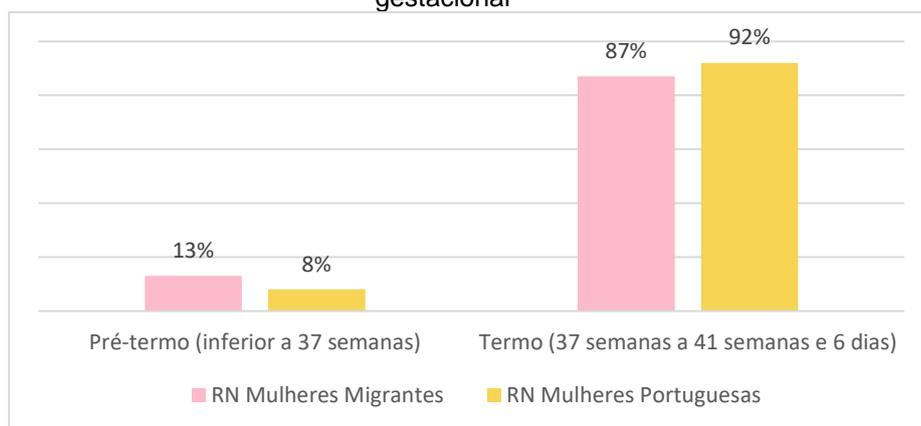


Fonte: Elaboração própria

Caraterização do RN

No que se refere à idade gestacional dos RNs, observa-se que a maioria, tanto de mães migrantes como de mães portuguesas, tiveram partos de termo. Quanto aos nascimentos pré-termos emerge que 13% são de mães migrantes e 8% de mães portuguesas (Figura 23).

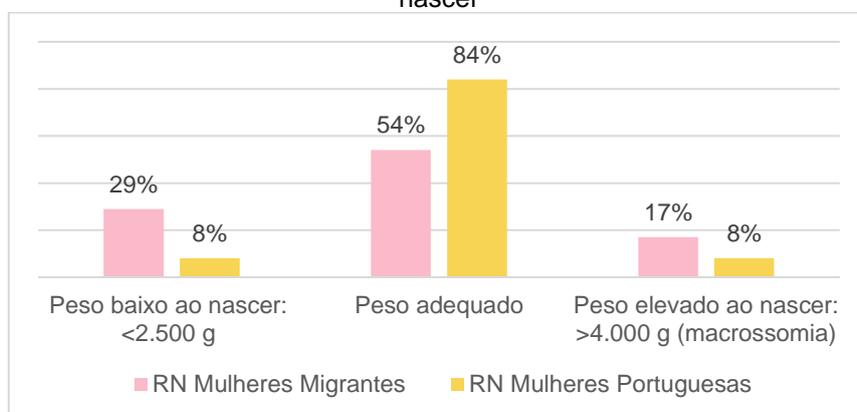
Figura 23. Distribuição dos RNs de mulheres migrantes e mulheres portuguesas por idade gestacional



Fonte: Elaboração própria

Quanto ao peso, também se observam algumas diferenças entre os filhos de mães migrantes e portuguesas. Os RNs de mulheres migrantes apresentam em 29% baixo peso ao nascer (vs 8% RNs de mulheres portuguesas) e em 17% peso elevado ao nascer (vs 8% RNs de mulheres portuguesas), tal como consta na figura 24.

Figura 24. Distribuição dos RNs de mulheres migrantes e mulheres portuguesas por peso ao nascer



Fonte: Elaboração própria

De acordo com Dello Lacono et al., (2024), as mães migrantes apresentaram maior probabilidade de parto prematuro e de baixo peso ao nascer em relação às mães nativas. Por sua vez Mozooni et al., (2023), dizem-nos, de acordo com um estudo realizado em Espanha, que há um aumento de RNs com peso elevado ao nascer entre mães migrantes, indicando possíveis mudanças relacionadas com a aculturação.

Apesar destes resultados, importa ainda fazer referência ao exposto por Mozooni et al., (2023), que referem que embora a condição migratória possa aumentar os riscos de resultados perinatais adversos, como baixo peso ao nascer e partos prematuros, os efeitos variam de acordo com fatores como tempo de residência, nível de aculturação, condições socioeconómicas, alimentação e acesso a cuidados de saúde. Além disso, o fenómeno do "migrante saudável" pode atenuar alguns riscos em populações migrantes recém-chegadas.

Alimentação

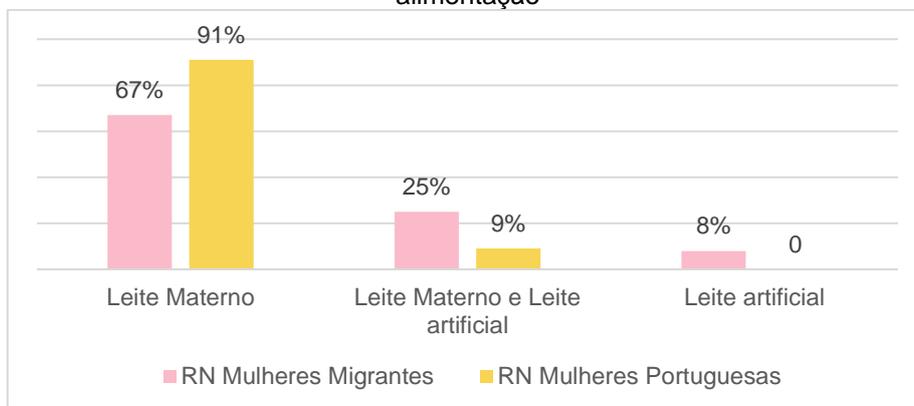
Como esperado, a maioria dos RNs foram amamentados exclusivamente com leite materno, embora de forma mais expressiva nos filhos de mães portuguesas (91% vs 67% nos filhos de mães migrantes). Nos filhos de mães portuguesas, os restantes 9% fizeram alimentação mista. Quanto aos filhos de mães migrantes, 25% fizeram alimentação mista e 8% leite artificial em exclusivo (Figura 25).

Sendo a amamentação uma prática multifacetada e influenciada por questões emocionais, sociais, culturais, físicas entre outras, todas elas podem ter peso nos resultados apresentados.

Foram identificados alguns fatores que dificultam a amamentação, tais como cansaço e sobrecarga física e emocional, experiências anteriores pouco satisfatórias, dificuldades relacionadas com o RN, contexto sociocultural nomeadamente mulheres com maior escolaridade tendem procurar mais informações e a praticar a amamentação por períodos mais longos (Siqueira et al., 2023).

Muitas destas condições são comuns às mulheres migrantes em apreciação, o que poderá justificar a menor adesão à amamentação. Para maximizar as taxas de amamentação, é necessário apoio e aconselhamento contínuo do EEESMO sobre práticas de amamentação, o que muitas vezes se apresenta comprometido pelas barreiras linguísticas e culturais existentes.

Figura 25. Distribuição dos RNs de mulheres migrantes e mulheres portuguesas por tipo de alimentação



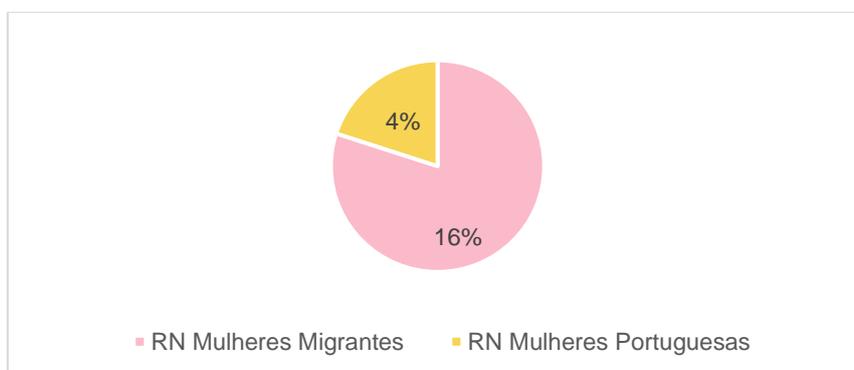
Fonte: Elaboração própria

Necessidade de transferência para Unidade de Neonatologia

Dos 24 RNs de mães migrantes, quatro deles (16%) tiveram de ser transferidos para o serviço de Neonatologia do mesmo hospital. Quanto às causas, dois destes por síndrome de dificuldade respiratória, um por toxoplasmose congénita e um por prematuridade (idade gestacional – 35 semanas e 5 dias). Dos RNs de mães portuguesas, três deles (4%) foram transferidos para a mesma unidade. Neste caso, dois RNs também por síndrome de dificuldade respiratória e um por prematuridade (idade gestacional – 34 semanas e 4 dias) (Figura 26).

Segundo Fontein Kuipers e Mestdagh, (2022), as altas taxas de complicações perinatais, como partos prematuros e baixo peso ao nascer, são mais comuns entre mulheres migrantes devido a condições de saúde preexistentes maternas, nutrição inadequada e fatores de stress.

Figura 26. RNs de mulheres migrantes e mulheres portuguesas com necessidade de internamento no Serviço de Neonatologia



Fonte: Elaboração própria

2.4. DISCUSSÃO GERAL

A análise dos dados empíricos obtidos na prática clínica reforça muitas das evidências identificadas na revisão da literatura, confirmando deste modo a existência de desigualdades no acesso aos cuidados de saúde e nos resultados de saúde perinatal entre mulheres migrantes e mulheres portuguesas. Os resultados apontam para desafios na vigilância da gravidez, diferenças relativas ao parto e complicações obstétricas e neonatais mais frequentes entre as mulheres migrantes.

A revisão da literatura já destacava a existência de barreiras estruturais, sociais e culturais que dificultam o acesso das mulheres migrantes aos cuidados perinatais (Heslehurst, 2018; Oliveira, 2023). Os dados empíricos reforçam esta conclusão, evidenciando que uma percentagem significativa de mulheres migrantes (17,2%) não teve vigilância adequada da gravidez, enquanto entre as mulheres portuguesas esta percentagem foi de apenas 3%. Este resultado é coerente com estudos que demonstram que as mulheres migrantes tendem a iniciar a vigilância da gravidez mais tarde, muitas vezes por falta de informação, dificuldades no acesso ao sistema de saúde ou barreiras linguísticas (OMS, 2018).

Acresce ainda, que as mulheres migrantes que recorreram aos cuidados de saúde primários iniciaram a vigilância pré-natal por volta das 20 semanas de gestação, o que compromete a realização de exames e rastreios essenciais para a deteção precoce de complicações. Esta evidência está alinhada com a revisão sistemática de Heslehurst (2018), que relata que mulheres migrantes frequentemente não comparecem a consultas pré-natais devido a desafios no acesso à informação e dificuldades logísticas.

A revisão da literatura também revela que as mulheres migrantes enfrentam um maior risco de complicações durante a gravidez e o parto (Fontein Kuipers & Mestdagh, 2022; Winter et al., 2024). Por sua vez, os dados empíricos corroboram essa evidência, com uma maior prevalência de diabetes gestacional (17% nas migrantes vs 10% nas portuguesas) e um aumento significativo de partos distócicos (71% nas migrantes vs 48% nas portuguesas). Este resultado é consonante com estudos que associam esse fenómeno a barreiras no acesso a um acompanhamento pré-natal adequado e a dificuldades na comunicação (Dominicé Dao et al., 2022). Esse facto reforça a necessidade de intérpretes ou mediadores culturais nos serviços de saúde, como já recomendado por Pedroso et al. (2020).

Outro ponto relevante diz respeito à idade gestacional e ao peso ao nascer dos RNs. O estudo empírico revelou que 13% dos bebês de mães migrantes nasceram pré-termo, em comparação com 8% dos bebês de mães portuguesas. Além disso, verificou-se uma maior prevalência de bebês com baixo peso ao nascer entre as mulheres migrantes (29% vs 8% nas portuguesas), o que está em conformidade com os artigos de Dello Lacono et al. (2024) e Mozooni et al. (2023), que indicam que fatores socioeconómicos, stress migratório e dificuldades no acesso aos cuidados de saúde aumentam a probabilidade de complicações neonatais.

Além disso, observou-se também que as mulheres migrantes apresentam maior resistência ao uso da analgesia epidural (20% recusaram vs 15% das portuguesas), o que pode estar relacionado com crenças culturais, falta de informação e barreiras linguísticas. Esse resultado reforça o estudo de Waldum et al. (2020), que indicam que mulheres migrantes tendem a utilizar menos analgesia epidural devido a falta de conhecimento ou receio sobre os seus efeitos.

Os resultados obtidos e a sua posterior interpretação reforçam a importância da Enfermagem Transcultural para garantir um cuidado humanizado e culturalmente competente. Estudos apontam que o respeito pelas crenças culturais e o estabelecimento de uma relação de confiança são essenciais para a melhoria dos cuidados prestados às mulheres migrantes (Leininger, 2006; Domingues, 2019). Assim, a implementação de práticas baseadas na Enfermagem Transcultural, como a inclusão de mediadores culturais e formação contínua dos EEESMOs sobre competências culturais, surge como uma estratégia essencial para reduzir as disparidades nos cuidados materno-infantis.

Em suma, constata-se que os resultados obtidos na prática clínica sustentam as evidências apresentadas na revisão da literatura, confirmando que as mulheres migrantes enfrentam desafios adicionais no acesso e na qualidade dos cuidados prestados e vivenciados durante a gravidez e pós-parto. As desigualdades identificadas, como o início tardio da vigilância pré-natal, as dificuldades na comunicação e a maior prevalência de complicações obstétricas e neonatais, reforçam a necessidade de uma abordagem mais humanizada e culturalmente competente nos cuidados materno-obstétricos.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de enfermagem, assumem atualmente uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS

A atribuição do título de Enfermeiro Especialista pressupõe para além das competências expressas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que os profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, extensíveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, demonstradas através da sua “elevada capacidade de conceção, gestão, supervisão de cuidados e através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”, que constituem o objeto do Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 26 (Ordem dos Enfermeiros, 2019a). Enunciam-se e são alvo de reflexão as atividades realizadas para atingir as competências que se encontram descritas em quatro domínios.

A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O exercício da profissão de enfermagem é regido pela Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República (2015), que envolve a Deontologia Profissional dos Enfermeiros onde são apresentados todos os direitos e deveres que estes profissionais devem respeitar permanentemente e que se conciliam com uma prática baseada nos princípios, valores, normas deontológicas e no respeito pelos direitos humanos fundamentais. Para além disso, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, criada e implementada pela Organização das Nações Unidas em 1948, é pautada em direitos civis, sociais, culturais, económicos e políticos e abrange todos os povos de todas as nações, independentemente de qualquer condição humana, cabendo aos indivíduos e a cada órgão da sociedade promover o respeito desses direitos e liberdades. Também o código Deontológico dos Enfermeiros enfatiza a obrigatoriedade do sigilo, confidencialidade, privacidade e, conseqüentemente, o respeito pela autonomia e

individualidade dos utentes. No âmbito do cuidado à saúde da mulher emergem situações pessoais delicadas e constrangedoras. Assim, estes conceitos representam um dos pilares essenciais das relações estabelecidas entre a tríade enfermeiro, utente e família, tendo sido ao longo do estágio preocupação da mestranda, apresentar-se sempre como estudante, garantindo a possibilidade de escolha da utente/família, caso tivesse preferência por outro profissional, considerando confidencial toda a informação que obtinha, no exercício da sua atividade.

A minimização dos erros em enfermagem, a garantia da segurança do utente, o respeito pela condição e ou situação de saúde do indivíduo e, conseqüentemente, a procura de uma prestação de cuidados baseada em cuidados humanizados e holísticos, são algumas dos princípios que foram tidos em conta durante o processo formativo e ao longo do estágio. Do ponto de vista da dignidade humana, o ser humano tem o direito de receber tratamentos, respeito e proteção independente de origem, raça, etnia, crença e ou outra variável social, política e económica (Oliveira Costa et al., 2018a).

A enfermagem, ao ampliar as suas perspetivas sobre a existência humana, adotando uma postura ética compatível com a defesa aos direitos e liberdades, além da não discriminação, consegue superar os desafios da sua prestação de cuidados, especialmente em situações de vulnerabilidade (Borges et al., 2020a).

A condição de mulher, grávida e conseqüentemente mãe, assume uma condição de vulnerabilidade na sociedade. Reforça o anteriormente referido quando a mulher é migrante. Em Portugal, a população imigrante está a aumentar, registando-se no ano de 2023, 88 215 mulheres imigrantes a viver permanentemente (INE, 2023). O ambiente clínico ofereceu o contacto com mulheres de várias nacionalidades, etnias e culturas, nomeadamente, Bangladesh, Brasil, Cabo Verde, Europa de Leste, Índia, Nepal, entre outras. A barreira linguística assume um papel de grande amplitude, ficando a comunicação lesada no que se refere à transmissão de informação sobre procedimentos e cuidados, esclarecimento de dúvidas, realização de ensinamentos e apoio emocional. Foram necessárias estratégias de tradução em telemóvel, língua gestual, apoio de figuras e esquemas, mas sobretudo, motivação por parte da mestranda em querer assistir a mulher, no direito humano que lhe é devido. Para além disso, a não compreensão da necessidade da adoção da perspetiva transcultural no cuidado leva a dificuldades de abordagem das questões de saúde reprodutiva junto às populações migrantes. Durante o estágio, a mestranda teve o cuidado em adequar os cuidados prestados às

necessidades específicas dos diferentes grupos, considerando os elementos culturais específicos que dão sentido aos fenómenos da gravidez, parto e nascimento, como fenómenos sociais e culturais e não apenas biológicos e fisiológicos.

B – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Durante o contexto clínico decorrido no CSP, na Semana Mundial do Aleitamento Materno, comemorada no ano de 2023 de 6 a 12 de outubro, houve a possibilidade de colaborar em atividades com vista à capacitação da comunidade no âmbito da promoção do aleitamento materno. Para tal, foi elaborado um documento cujo tema foi “Papel dos avós e família na promoção do Aleitamento Materno”, (Apêndice B), bem como um folheto informativo sobre aleitamento materno (Apêndice C), sendo posteriormente apresentados e divulgados aos avós e familiares significativos do concelho da área de abrangência do Centro de Saúde S, onde se realizou um dos campos de estágio. Em simultâneo, e como forma de celebrar e assinalar o mês de comemoração do cancro da mama, nomeadamente o movimento chamado “Outubro Rosa”, foi desenvolvido um folheto informativo sobre o autoexame da mama (Apêndice D), com o objetivo de sensibilizar a população sobre a importância da realização regular do mesmo, sendo assim determinante para a deteção do cancro da mama, tanto de homens como mulheres numa fase precoce, permitindo atuar precocemente e obter uma maior taxa de sucesso terapêutico. Para além disso, também foi possível participar em sessões de preparação para a parentalidade, realizadas semanalmente, dirigidas à díade mulher grávida e companheiro, encorajando a sua participação ativa na gravidez, parto e puerpério. Um exemplo de um documento elaborado pela mestranda, utilizado numa das sessões encontra-se no apêndice E, com o tema “Mitos sobre a amamentação”.

Por sua vez, no estágio realizado em contexto de internamento hospitalar no Hospital B, na de Bloco de Partos e internamento de Puerpério, houve a oportunidade da mestranda participar no projeto “Consulta do 3.º trimestre de gravidez” que se destina a grávidas com mais de 24 semanas de gravidez e tem como objetivos proporcionar à grávida/acompanhante um primeiro contacto com a equipa, transmitir informações de natureza mais prática e também técnica, como sinais de parto, horários de funcionamento, apresentar o espaço físico do serviço de obstetrícia, aproveitando também para esclarecer dúvidas apresentadas pelas grávidas. O Enfermeiro Especialista é detentor de competências para identificar necessidades suscetíveis de

melhoria, intervindo na criação e implementação de estratégias, disseminando o conhecimento e capacitando a restante equipa para uma prestação de cuidados de excelência (OE, 2019a).

De acordo com o Despacho n.º 5613/2015, de 24 de junho, qualidade em saúde é definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, e pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão. O mesmo despacho refere que a qualidade está intimamente ligada à segurança dos cuidados (Ministério Da Saúde, 2015).

Os Padrões de Qualidade de Enfermagem contemplam seis enunciados descritivos: satisfação do cliente; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-estar e o autocuidado dos clientes; readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem (OE, 2001).

Enquanto enfermeira em situação de aprendizagem, todas as ações e intervenções implementadas foram convenientemente supervisionadas, garantindo um ambiente seguro e promotor do desenvolvimento das competências. Foi manifestado pela mestranda, em todos os contextos clínicos, a necessidade de conhecer os padrões de atuação e procedimentos, tanto de interação técnica, terapêutica ou social, para além da pesquisa e consulta frequente das normas e dos protocolos existentes, que contribuíram, igualmente, para um processo de aprendizagem contínuo e seguro.

C – Domínio da Gestão dos Cuidados

A gestão dos cuidados e prioridades são fundamentais para rentabilizar e organizar os cuidados prestados. A tomada de decisão surge como um processo complexo e influenciado por diferentes fatores, de carácter mais individual ou externo/organizacional.

A responsabilidade e a autonomia enfatizam-se no processo de decisão, articulando os conhecimentos, a experiência e o ambiente organizacional. De acordo com o definido nos Padrões de Qualidade de Enfermagem (OE, 2001, p.14), “a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade)”. No processo da tomada de decisão em enfermagem, mais especificamente, na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro deverá sustentar-se nos resultados da

investigação na sua prática. A este nível, a OE (2001) assume a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica como uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Assim, para a concretização da tomada de decisão, durante o exercício da aprendizagem, foi efetuada uma adequada avaliação das necessidades da mulher/família, permitindo identificar os diagnósticos de enfermagem corretos, implementar cuidados de enfermagem especializados, sendo estes alvos de uma avaliação sistemática e contínua, reconhecendo a importância da adoção de uma visão holística sobre a mulher/família e colaboração da equipa multidisciplinar, tendo o Enfermeiro Especialista um papel preponderante neste reconhecimento e referência para outros profissionais de saúde/instituições.

Destacam-se quatro métodos de trabalho adotados pelos enfermeiros, no que concerne à organização da prestação de cuidados de enfermagem, comumente aplicados nos diferentes contextos clínicos. Nas experiências clínicas onde ocorreu o Estágio, foi possível observar e experienciar o método individual que consiste na abordagem de assistência total ao utente, no qual um único enfermeiro assume a total responsabilidade pela assistência a um grupo de utentes durante um turno. A organização dos cuidados de enfermagem reflete as necessidades e a centralidade do utente como o centro da assistência. Assim, enquanto o enfermeiro se encontra a desempenhar a sua atividade profissional, adotando este método, a assistência prestada não é fragmentada e a responsabilidade dos cuidados é de um único enfermeiro, que concebe, implementa e avalia esses cuidados. Para além disso, ao Enfermeiro Gestor do serviço é atribuída a responsabilidade pela supervisão e avaliação dos cuidados prestados pelos enfermeiros, mantendo, desta forma, um poder de decisão ao longo de todas as etapas deste processo. Alguns autores defendem que os métodos de trabalho direcionados para a tarefa aumentam a probabilidade da ocorrência de ocorrências adversas, do que os métodos de trabalho direcionados para o utente, por existir, na primeira situação, uma assistência fragmentada com uma franca separação das etapas de conceção e de execução baseado numa abordagem direcionada ao cliente, destacando-se o envolvimento deste e da família durante a prestação de cuidados, desde a admissão até ao momento da alta promovendo a continuidade, a segurança e qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, a satisfação dos utentes e família (Almeida Ventura Silva et al., 2021).

A mestranda destaca o conhecimento teórico adquirido no ano anterior, o da componente teórica do curso, como um pilar essencial para o estágio, pois permitiu que a mesma conciliasse a teoria na prática. Essa inclusão fortaleceu a confiança, a competência técnica e a reflexão crítica, e identificou lacunas e limitações do ambiente clínico, elementos fundamentais para uma prática profissional de excelência.

D- Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A prática baseada na evidência é essencial para melhorar a prática clínica, aumentar a segurança dos utentes e promover ganhos organizacionais. A disseminação do conhecimento contribui para a consolidação da prática baseada na evidência como padrão na Enfermagem, fortalecendo a profissão e o sistema de saúde (Pereira Pinto & Neves Da Mota, 2023a).

A OMS (2019), no plano de ação para reforçar a qualidade da educação obstétrica para a cobertura Universal de Saúde 2030 conclui que as instituições académicas e de investigação devem: advogar por metas globais e nacionais de investigação sobre educação obstétrica que é orientada e/ou desenvolvida por parteiras; aumentar orçamentos para a investigação e inovação; desenvolver a capacidade de investigação em Obstetrícia; gerar, traduzir e divulgar evidências e melhores práticas para moldar soluções eficazes e políticas educacionais orientadas para a equidade; fortalecer redes de investigadores para promover o intercambio de conhecimento. De acordo com a mesma fonte, o fortalecimento da educação obstétrica de acordo com as normas internacionais constitui a chave para melhorar a qualidade dos cuidados e reduzir a mortalidade e morbilidade materna e neonatal e nos RNs, as mortes por nascimento prematuro, asfixia e sépsis, alcançando para além da redução da mortalidade, práticas de qualidade.

Evidências recentes indicam que mais de metade das mortes de RNs e metade das doenças maternas resultam atualmente da prestação de cuidados de má qualidade (WHO, 2019).

Neste domínio, a procura por conhecimentos e competências especializadas através do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, só por si, demonstram o interesse e motivação da mestranda para o desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Acresce que ao longo do percurso teórico e, mais especificamente, ao longo dos vários contextos clínicos houve sempre uma postura e

atitude com vista a usufruir de todas as oportunidades de aprendizagem que foram surgindo. Também a atitude reflexiva e o questionamento sobre as experiências e práticas vivenciadas, contribuíram de forma decisiva para o desenvolvimento de aprendizagens.

A participação em cursos e formações como curso de formação em “Conselheiras em Aleitamento Materno” (Anexo 1) e a realização de revisão da literatura refletem o papel ativo e facilitador da mestranda no processo de aprendizagem. Estas ações demonstram um compromisso com a procura contínua de conhecimento e a aplicação prática dos saberes adquiridos, promovendo o aprimoramento, tanto das competências técnicas como das interpessoais.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

As Competências Específicas do EEESMO, estão definidas no Diário da República, 2ª Serie, nº 85, de 3 de maio de 2019, concretamente no Regulamento nº 391/2019 que define o perfil das competências específicas do EEESMO e integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar. Os conteúdos a que se reportam, espelham o agir quotidiano da profissão, assumindo a responsabilidade pelo exercício das várias áreas de atividade de intervenção: planeamento-familiar e pré-concepcional, gravidez, parto, puerpério, climatério, ginecologia e comunidade.

Segundo o regulamento anteriormente referido, o EEESMO assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto, entendidos como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019b).

De acordo com as áreas de atividade de intervenção, foram definidas sete competências específicas do EEESMO, que serão em seguida mencionadas e exploradas, através de uma reflexão sobre cada uma delas. Assim, neste subcapítulo,

a mestranda pretende demonstrar de que modo foram adquiridas, desenvolvidas e mobilizadas todas as competências específicas do EEESMO.

Competência 1 - Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional.

A saúde reprodutiva e sexual foi definida pela primeira vez na Conferência Internacional para População e Desenvolvimento de 1994 e refere que a mesma é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, em todos os assuntos relativos ao sistema reprodutivo e às suas funções e processos. Implica, portanto, que as pessoas sejam capazes de ter uma vida sexual satisfatória e segura e de se reproduzirem e que tenham a liberdade de decidir se, quando e com que frequência fazê-lo. Implícitos nesta última condição estão os Direitos de Homens e Mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos de planeamento familiar de sua escolha seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis, bem como outros métodos de sua escolha para regulação da fecundidade e o direito de acesso a serviços de saúde apropriados que permitirão que as mulheres passem com segurança pela gravidez e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um bebé saudável. De acordo com a definição de saúde reprodutiva suprarreferida, o cuidado em saúde reprodutiva é definido como o conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, através da prevenção e da resolução de problemas de saúde reprodutiva. Inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a valorização da vida e das relações pessoais, e não apenas aconselhamento e cuidados relacionados com a reprodução e doenças sexualmente transmissíveis (OMS, 2022).

Foi possível adquirir e mobilizar esta competência nos vários contextos clínicos e mais especificamente nos CSP, na Consulta de Planeamento Familiar. Esta consulta dirige-se à população em idade fértil: mulheres até aos 54 anos e homens, sem limite de idade. Devem ser especialmente orientadas para o planeamento familiar as mulheres com doença crónica que contraindique uma gravidez não programada; com paridade quatro; com idade inferior a 20 anos e superior a 35 anos; cujo espaçamento entre duas gravidezes foi inferior a dois anos; puérperas após a utilização de contraceção de emergência; após uma interrupção da gravidez (DGS, 2008).

De acordo com a legislação nacional atual e no âmbito do SNS deve ser garantido o acesso aos cuidados de Saúde Reprodutiva. O acesso é universal e gratuito às consultas de Planeamento Familiar nos CSP, Centros de Atendimento Jovem e nos Serviços de Ginecologia e Obstetrícia hospitalares.

Existem diferentes métodos de contraceção disponíveis para distribuição gratuita, procurando assegurar a liberdade, a individualização e a segurança na escolha contracetiva e, ainda, contribuir para a diminuição da gravidez não desejada e conseqüente recurso ao aborto. É reconhecido o papel importante da contraceção de emergência na prevenção da gravidez estando garantida a sua acessibilidade através do SNS e através da venda livre em farmácias e em estabelecimentos autorizados à venda de medicamentos. Atualmente, em Portugal, é garantido o acesso gratuito a cuidados na gravidez e parto. No âmbito da educação e promoção da saúde, existe um programa de educação sexual nas escolas, a vacinação para a prevenção do cancro do colo do útero está garantida universalmente nos adolescentes e estão implementados planos de rastreio do cancro do colo do útero e da mama.

O EEESMO deve estar atualizado e informar sistematicamente sobre: uso correto, eficácia, possíveis efeitos adversos, riscos, benefícios não contraceptivos, atitude a tomar em caso de falha de utilização ou utilização simultânea de outros medicamentos. Deve ser incluída no aconselhamento informação sobre contraceção de emergência reforçando-se a sua segurança, acessibilidade e conduta posterior. O aconselhamento é fundamental para garantir a efetividade dos contraceptivos. Os utentes devem ser informados corretamente e de forma clara sobre os métodos de contraceção disponíveis, promovendo o profissional de saúde condições para uma opção individual e livre considerando a situação ou condição médica, as necessidades e as expectativas (Sociedade Portuguesa da Contraceção, 2020).

O conceito de Saúde Sexual e Reprodutiva pressupõe uma visão holística ao longo do ciclo de vida reprodutiva da pessoa. Abrange cuidados muito variados, de que são exemplo: a contraceção, o planeamento da gravidez, o apoio ao casal com dificuldade em conseguir uma gravidez, a vigilância pré-natal, bem como o acesso a serviços seguros de interrupção de gravidez. A Saúde Sexual e Reprodutiva constitui um todo indissociável, reconhecendo-se, porém, que o ganho obtido numa das suas componentes tende a potenciar os ganhos nas restantes vertentes. Para além dos aspetos enunciados nos objetivos para o Desenvolvimento do Milénio 4 e 5, referentes

à Saúde da Mãe e da Criança, é importante salientar que educação, igualdade de género e prevenção das infeções sexualmente transmissíveis são também fatores essenciais para uma Saúde Sexual e Reprodutiva de qualidade (DGS, 2015).

O programa de rastreio do cancro do colo do útero destina-se à população do sexo feminino com idade igual ou superior a 25 anos e igual ou inferior a 60 anos e compreende o teste da citologia cervical (papanicolau). No âmbito da convocatória para participar em programas de rastreio, deve ser garantida informação sobre as vantagens e riscos dos programas de rastreio.

As principais atividades desenvolvidas neste campo de ação, nomeadamente na consulta de planeamento familiar, recaíram sobre aconselhamento, capacitação, distribuição (acompanhada de validação) de métodos contraceptivos e rastreio do cancro do colo de útero, tendo sido prestados cuidados de enfermagem especializados e individualizados às várias mulheres que recorreram à consulta de planeamento familiar aquando do período de estágio. Foi também possível observar e realizar a extração do implante hormonal e à sua recolocação e também à extração de dispositivos intrauterinos e conseqüentemente à colocação de novos dispositivos intrauterinos.

A capacitação e o aconselhamento são cruciais para quem inicia a contraceção pela primeira vez, devendo ser dada continuidade dessa prática ao longo de todas as consultas. Assim, a mestranda procurou, numa primeira fase, aprofundar e rever a informação correta, atual e cientificamente comprovada sobre o tema para, posteriormente, poder com segurança informar corretamente e de forma clara sobre os métodos de contraceção disponíveis, promovendo condições para uma opção individual e livre considerando a situação ou condição médica, as necessidades e as expectativas, nomeadamente sobre o uso correto, eficácia, possíveis efeitos adversos, riscos, benefícios não contraceptivos, atitude a tomar em caso de falha de utilização ou utilização simultânea de outros medicamentos. Também foi incluída no aconselhamento informação sobre contraceção de emergência reforçando-se a sua segurança, acessibilidade e conduta posterior.

Competência 2 – Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.

Ao longo do século XX foi possível demonstrar que a acessibilidade aos cuidados especializados na gravidez, no parto e pós-parto, assim como o planeamento da

gravidez, diminuem drasticamente a morbidade e mortalidade maternas, fetais e infantis. Os exames complementares de diagnóstico (analíticos, genéticos ou ecográficos) são indispensáveis neste processo. Tem-se assistido a um avanço na qualidade da vigilância pré-natal e neonatal prestada à grávida e ao recém-nascido. Na atualidade, a prestação de cuidados materno-infantis só pode ser entendida como um processo assistencial contínuo (DGS, 2015). O PNVGBR, orienta a atuação do EEESMO com a finalidade de contribuir para um futuro mais saudável da população, atuando desde o início do ciclo de vida, através de cuidados abrangentes, antecipatórios e individualizados, numa perspetiva de participação ativa das mulheres/famílias.

Nas últimas décadas tem-se assistido, em Portugal, a uma modificação do tecido social e das escolhas reprodutivas que colocam desafios, nomeadamente o adiamento da maternidade e o aumento dos cidadãos estrangeiros com diferentes representações e práticas culturais na área da saúde sexual e reprodutiva. A barreira linguística e da sua compreensão podem aumentar o risco de não vigilância ou de algumas patologias. Por outro lado, um universo diferente de representações e práticas culturais pode interferir na imagética da gravidez e maternidade devendo ser compreendidas pelos profissionais para melhor dar resposta às questões expressadas (DGS, 2015).

No âmbito do estágio em CSP são propiciadas condições que permitem o desenvolvimento da competência de *Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal*, já que este contexto permite cuidar a mulher no local onde vive, onde trabalha, onde desenvolve as suas interações familiares e sociais, facilitando os contatos e as relações de proximidade, continuidade e confiança entre a mulher e o EEESMO. Aqui, teve-se a oportunidade de desenvolver o exercício de aprendizagem no âmbito da consulta de vigilância da gravidez, adquirindo e mobilizando conhecimentos que levaram ao desenvolvimento desta competência.

De acordo com o PNVGBR (DGS, 2015), está recomendado a realização de dez consultas de vigilância pré-natal, devendo a primeira consulta ser realizada o mais precocemente possível, até às 12 semanas de gravidez. Após a primeira consulta deve realizar-se uma consulta a cada 4-6 semanas até às 30 semanas, passando para uma frequência de consulta a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas e após as 36 semanas até ao parto são recomendadas consultas semanais ou quinzenais. Especificamente no Centro de Saúde S, está preconizado que do total destas consultas de vigilância da gravidez, três delas sejam realizadas pela EEESMO, podendo este

número aumentar, quando necessário. Nestas consultas são realizadas sessões de preparação para o nascimento/parentalidade semanalmente a partir das 30 semanas em grupo; colheita de exsudado vaginal e retal às 35/37 semanas de gestação; realização semanal de CTG, a partir das 36 semanas, ou a partir das 34 semanas em situações de patologia associada à gravidez; colaboração com as equipas de saúde nas visitas domiciliárias aos RNs e puérperas; aconselhamento e apoio na amamentação; sessões de educação sexual e reprodutiva nas escolas; orientação das grávidas/casais para as equipas de saúde e/ou serviços hospitalares, reforçados ensinamentos sobre sinais de parto, benefícios da amamentação, sinais de alerta e outros ensinamentos relevantes sobre a maternidade, envolvendo o pai. Em casos excecionais são detetados desvios da normalidade de uma gravidez, podendo passar para o domínio da patologia e cuja deteção precoce é realizada nestas consultas. Como exemplo, passa-se a descrever uma situação ocorrida aquando deste contexto clínico. Durante a realização de CTG a uma mulher grávida com idade gestacional de 31 semanas, múltipara, com antecedente de diabetes gestacional, foi relatado, através de entrevista, que a mesma apresentava prurido intenso no abdómen e mãos. Concomitantemente, o exame revelou uma baixa variabilidade, o que levou ao encaminhamento da utente para a Hospital B para uma avaliação mais profunda, por suspeita de colestase gravídica. Os profissionais do Hospital B foram previamente informados sobre a situação, assegurando uma resposta eficaz e rápida. Após avaliação clínica e exames complementares, confirmou-se o diagnóstico de colestase gravídica, resultando no internamento da utente. Este caso reforça a relevância da vigilância adequada durante a gravidez, evidenciada pela importância da realização do CTG como ferramenta de monitorização e pela eficácia do trabalho em rede, que garantiu uma resposta integrada e coordenada. O CTG desempenha um papel vital na avaliação do bem-estar fetal durante a gestação, oferecendo informações cruciais sobre a vitalidade do feto, através da monitorização contínua da frequência cardíaca fetal, movimentos fetais e contrações uterinas. Ao identificar padrões anormais na frequência cardíaca fetal, o CTG pode sinalizar a necessidade de uma intervenção médica precoce, reduzindo o risco de complicações graves (Oliveira, 2020).

Por sua vez, o estágio decorrido no internamento de grávida com patologia trouxe a oportunidade de prestar cuidados à mulher no âmbito pré-natal, com gravidez considerada de risco. As mulheres que apresentam fatores de risco materno-fetais,

devem ter consultas pré-concepcionais, de vigilância da gravidez e de puerpério em unidades hospitalares com cuidados obstétricos. Nas gestações com vigilância acrescida a periodicidade de consultas, de exames laboratoriais e ecográficos deve ser adaptada à situação clínica, de acordo com uma avaliação individualizada do risco (DGS,2023). Os cuidados prestados às grávidas com patologia associada são maioritariamente dirigidos à vigilância do bem-estar materno-fetal, considerando os desvios à gravidez fisiológica ou as patologias concomitantes e que conduziram à necessidade de internamento. Desta forma, procedeu-se à monitorização e avaliação do bem-estar materno-fetal através da realização de CTG, sempre em complemento de uma entrevista prévia por forma a obter sempre o máximo de informação sobre a situação da grávida.

A maioria dos fatores de risco identificáveis dizem respeito a hábitos de vida, condições de saúde preexistentes, antecedentes obstétricos e à ocorrência de doenças específicas da gravidez. Para além dos fatores relacionados com a saúde física, são igualmente relevantes os riscos sociais, emocionais e psicológicos.

Do total de grávidas com fator de risco a quem foram prestados cuidados especializados, a maioria das mulheres tinham idade compreendida entre 30 e 35 anos ou mesmo apresentavam idade superior a 35 anos, constituindo assim, a idade o principal fator de risco já que neste grupo estão presentes patologias como hipertensão arterial gravídica e diabetes gestacional. Foram também prestados cuidados a mulheres com intercorrências durante a gravidez como pré-eclâmpsia, metrorragia, placenta prévia, pielonefrite, infeção do trato urinário, colestase gravídica, rutura prematura de membranas, bem como a mulheres com antecedentes pessoais prévios à gravidez, como depressão, hipertensão arterial crónica, hipertiroidismo, hipotiroidismo, anemia, entre outros.

Também foi possível prestar assistência diferenciada em situação de interrupção médica da gravidez e em situação de aborto espontâneo. De acordo com a Legislação Portuguesa, no artigo 142.º do Código Penal, lei número 16/2007, a interrupção da gravidez pode atualmente ser realizada em estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos desde que: “1) constitua o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida; 2) se mostre indicado para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida, e

seja realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez; 3) haja seguros motivos para prever que o nascituro venha a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo; 4) a gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas de gravidez; por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez “ (Assembleia Da República, 2007).

A interrupção da gravidez por anomalias fetais é um acontecimento de vida inesperado e que acarreta danos psicológicos e emocionais para a mulher. O peso da decisão sobre o futuro da gravidez, o sentimento de incapacidade em gerar um bebé saudável aliados ao receio do julgamento e crítica social, constituem um conjunto de especificidades face a esta perda gestacional, que podem tornar o processo de luto ainda mais penoso (Kamranpour et al., 2020).

O contato com mulheres grávidas, ao longo do estágio, em processo de interrupção médica da gravidez, devido à identificação de uma condição genética como a trissomia 21, expõe a complexidade emocional, física e social envolvida nesse momento. Para além do sofrimento psicológico e emocional, foi possível presenciar que a dor física provocada pela indução medicamentosa também constitui uma preocupação significativa para a mulher grávida. Este procedimento, além de ser fisicamente desgastante, pode intensificar o sofrimento emocional, especialmente quando a dor não é devidamente controlada. As situações experienciadas pela mestranda colocam em reflexão questões sobre a humanização dos cuidados maternos, especialmente em momentos de alta vulnerabilidade. É fundamental repensar os protocolos e práticas institucionais para garantir que não só as necessidades físicas sejam atendidas, mas que também as necessidades emocionais e sociais dessas mulheres sejam atendidas. Em apêndice F encontra-se uma reflexão crítica sob a metodologia do Ciclo de Gibbs realizada pela mestranda com o título “O que a Luísa me ensinou”, que aborda os sentimentos vivenciados pelos pais e profissionais perante uma perda gestacional, bem como a transmissão de más notícias e consequentemente a falta de formação contínua das equipas multidisciplinares em relação ao tema.

Os protocolos institucionais existentes são, muitas vezes, inadequados ou inexistentes, o que leva os profissionais a enfrentar situações emocionalmente

desgastantes sem uma orientação clara. Isso resulta em práticas inconsistentes, que podem ser insuficientes para colmatar as necessidades emocionais e físicas das mulheres e das suas famílias. Para além disso, a formação contínua é um pilar fundamental para preparar os EESMO a lidar com a complexidade da perda gestacional. Essa formação deve incluir conteúdos específicos sobre luto e comunicação, além de promover o autocuidado dos profissionais (Silva et al., 2023).

Como mestrande e profissional de saúde que lida diretamente com a perda gestacional, é inevitável que essas experiências gerem impacto emocional e psicológico. A proximidade com a dor das mulheres e das suas famílias trouxe desafios significativos. Partilhar as dificuldades e as perceções com a equipa e supervisores permitiu uma maior coesão e crescimento pessoal e profissional.

O impacto da perda gestacional nos EEESMO é profundo e multifacetado, afetando sua saúde emocional e desempenho profissional. Para mitigar esses efeitos, é fundamental que as instituições implementem programas de apoio psicológico, formação contínua em luto e protocolos específicos. Ao cuidar dos profissionais, garante-se não apenas o bem-estar dos mesmos, mas também a qualidade e a humanização dos cuidados prestados às famílias em momentos tão difíceis (Morim & Freitas, 2024).

Competência 3 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o Trabalho de Parto

A aquisição e mobilização desta competência esteve em foco ao longo de três períodos distintos, tendo uma duração total de dezoito semanas. O primeiro e terceiro período decorreram no Bloco de Partos do Hospital B, com a duração de seis semanas e oito semanas respetivamente, e o segundo período decorreu no Bloco de Partos no Hospital F, com a duração de quatro semanas. A oportunidade de conhecer Blocos de Partos distintos permitiu ter uma visão alargada da diversidade de cuidados que podem existir neste domínio, contactar com equipas multidisciplinares distintas, contextos culturais também eles variados, enriquecendo a experiência de aprendizagem. No entanto, a prestação de cuidados realizados pela mestrande baseou-se essencialmente nas recomendações consideradas internacionalmente as melhores práticas de saúde, baseadas na evidência científica disponível e mais recente, nomeadamente na Orientação número: 002/2023: *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto* da DGS

e nas Recomendações da Organização Mundial de Saúde sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positivo, tendo como principal objetivo atingir a promoção de cuidados de saúde de qualidade, com foco principal na segurança materno-fetal, bem como numa experiência positiva no parto para a grávida e para a família.

A vigilância do trabalho de parto de baixo risco é função e responsabilidade do EEESMO, de acordo com as recomendações constantes na orientação número: 002/2023. Os EEESMOs devem também identificar sinais de alerta e de desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, transmitindo esta informação a um Médico de Obstetrícia e Ginecologia.

Para monitorizar com segurança o trabalho de parto, é essencial uma compreensão clara do que constitui o início e o progresso normal do mesmo (WHO, 2018b). No entanto, o consenso em torno das definições do início e duração das diferentes fases do trabalho de parto “normal” tem sido controverso. Verificou-se, aquando da prática de monitorização do trabalho de parto, que a orientação recente e emanada pela Direção Geral de Saúde servia como linha condutora e orientadora para avaliação do progresso de trabalho de parto. Segundo a orientação número: 002/2023 de 10.05.2023 da DGS, define-se fase latente do 1º estágio do trabalho de parto como o intervalo que decorre desde o início das contrações uterinas rítmicas e os 5 cm de dilatação (exclusive). Por sua vez, define-se fase ativa do 1º estágio do trabalho de parto como o intervalo que decorre entre a dilatação cervical superior ou igual a 5 cm com apagamento/extinção superior ou igual a 80% e a dilatação completa. Define-se fase latente do 2º estágio do trabalho de parto como o intervalo que decorre entre o momento em que é detetada dilatação cervical completa e o momento em que se iniciam os esforços expulsivos maternos. A fase ativa do 2º estágio do trabalho de parto é definida como o intervalo que decorre entre o início dos esforços expulsivos maternos e o nascimento completo do feto.

Também a OMS, em fevereiro de 2018, publicou um conjunto de recomendações sobre cuidados intraparto para uma experiência positiva de parto. As recomendações incluem novas definições sobre a duração da primeira e segunda fase do trabalho parto e fornecem orientações sobre os cuidados intraparto baseadas em evidências que devem ser implementadas durante todo o trabalho de parto e nos períodos pós-natais

imediatos, e desencorajam práticas ineficazes que devem ser evitadas. Para facilitar a implementação eficaz das recomendações, a OMS sugere a utilização do partograma. O partograma é geralmente um formulário de papel pré-impreso no qual as observações do trabalho de parto são registadas. O objetivo do partograma é monitorizar o bem-estar das mulheres e dos bebés durante o trabalho de parto através de avaliações regulares, identificando mais facilmente qualquer desvio da normalidade. A ferramenta visa estimular a tomada de decisão compartilhada pelos prestadores de cuidados de saúde e pelas mulheres, e promover cuidados centrados nas mulheres, evitando intervenções desnecessárias e fornecendo cuidados de suporte (WHO, 2020b).

Durante o estágio que decorreu no Bloco de Partos do Hospital F foi possível utilizar o partograma, aplicando-o a todas as mulheres parturientes a quem a mestranda prestou assistência na sala de partos, tendo procedido à leitura adequada dos mesmos, bem como ao seu preenchimento, compreendendo, assim, a sua aplicabilidade e importância. No partograma da instituição em causa constam os dados relativos à evolução do trabalho de parto e também ao RN. Sobre a grávida, a informação centra-se no grupo sanguíneo, parâmetros vitais, índice obstétrico, patologias maternas, fetais e da gravidez, resultado da análise ao Streptococcus B, integridade ou não da bolsa amniótica e características do líquido, dilatação cervical e apresentação fetal, terapêutica administrada, a hora e o tipo de parto, a analgesia utilizada, o tipo de dequitação, o períneo (episiorrafia, laceração). Sobre o RN consta o seu peso, sexo e o Índice de *Apgar*, entre outros.

Apesar da importância do partograma na monitorização do processo de trabalho de parto e consequente recomendação pela OMS, a sua utilização ainda não está generalizada em todas as instituições, o que representa ainda um desafio para essas unidades hospitalares. A aquisição de competências relativas ao cuidar a mulher durante o trabalho de parto, não se esgotam com a monitorização e vigilância do trabalho de parto, tendo sido também desenvolvidas e/ou aprofundadas através do acolhimento e admissão de parturientes, da individualização dos cuidados especializados de acordo com as fases do trabalho de parto, da referenciação das situações para além da área de competência, da avaliação das características do períneo e tomada de decisão face à elasticidade dos tecidos, promoção da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina e promoção do contacto pele-a-pele e amamentação.

A prestação de cuidados e assistência durante o trabalho de parto e parto às mulheres e entre a equipa multidisciplinar deve ser apoiada numa comunicação eficaz. Para atingir as recomendações da OMS, bem como a mais recente orientação n.º 002/2023 da DGS que pretende uniformizar os cuidados de saúde hospitalares prestados durante o trabalho de parto, de acordo com aquelas que são, atualmente, consideradas internacionalmente as melhores práticas de saúde nesta área, a mestranda ofereceu à mulher e à sua família as informações de que necessitam de forma clara e concisa para comunicar processos ou procedimentos, respeitando e atendendo às necessidades, preferências e questões da mulher com uma atitude positiva e empática, não descurando as necessidades emocionais da mulher com comunicação eficaz, da validação de sentimentos e escuta ativa, com o foco em apoiar a mulher e capacita-la para uma decisão consciente e fundamentada (DGS, 2023b).

Relativamente ao contexto clínico do hospital B foram dirigidos cuidados corresponsáveis à parturiente, ou seja, à grávida em trabalho de parto e/ou à grávida internada para indução de trabalho de parto. Neste Hospital, a recolha de dados e a avaliação inicial é realizada ainda na Sala de Admissão/Urgência, recorrendo à consulta minuciosa do boletim de saúde da grávida, à anamnese e à observação cervical com cervicometria.

Desde o ano 2023 que o serviço de Obstetrícia dispõe de uma consulta, realizada quinzenalmente, que se destina a grávidas que pretendam fazer um plano de nascimento e usá-lo no momento do seu parto. A consulta é efetuada por um EEESMO e visa um esclarecimento mais profundo sobre as práticas clínicas desenvolvidas na maternidade de forma a ir de encontro das expectativas e desejos de parto da grávida/acompanhante. Foi possível realizar essa consulta, onde a mulher é incentivada a manifestar as suas preferências relativas ao trabalho de parto e parto, bem como sobre os procedimentos a adotar e as alternativas existentes, com vista à promoção do cuidado personalizado.

Neste percurso, a mestranda acompanhou e prestou cuidados especializados a 38 grávidas internadas para indução de trabalho de parto, sendo os principais motivos o término da gravidez, hipertensão arterial gravídica e diabetes gestacional gravídica.

Quando a grávida opta pela analgesia epidural, ou inicia a fase ativa do primeiro estágio de trabalho de parto a parturiente é transferida para a sala de partos. Neste

âmbito, a mestranda colaborou com a prestação de cuidados de enfermagem para a técnica realizada pelo anestesiológico.

Ao longo dos contextos do estágio realizados em sala de partos foram realizados 43 partos eutócicos e prestados cuidados a 94 mulheres em trabalho de parto. Os primeiros partos foram realizados com o apoio e supervisão da enfermeira tutora, facilitando a transposição do conteúdo teórico para a componente prática. Todos os passos são pensados de forma muito individualizada e só com a execução repetida e contínua da técnica, se consegue que eles ocorram de forma mais espontânea, encadeada e sem momentos de hesitação. Ao concluir o estágio, é reconhecido que cada parto é único e envolve um momento de profundo respeito. Independentemente da experiência adquirida, é essencial seguir rigorosamente as normas estabelecidas, pois elas garantem não apenas a segurança da grávida e bebê, mas também a dignidade do processo. Cada decisão tomada refletiu o compromisso com o bem-estar da mãe e do RN.

A realização da episiotomia constituiu um dos maiores desafios, já que se trata de um procedimento que exige muita experiência. Segundo Santo (2022b), a episiotomia não deve ser realizada de forma rotineira. A sua prática deve ser baseada em critérios clínicos específicos e na individualização dos cuidados. Atualmente, recomenda-se restringir a episiotomia a casos necessários, dado o risco de complicações como dor perineal prolongada, infecção e dificuldade na cicatrização. A mestranda tem consciência das indicações para o uso desta técnica, sendo executada quando os benefícios superam os riscos, como por exemplo: quando houve uma probabilidade elevada de ocorrer lacerações de terceiro e quarto grau, ou em casos de emergência, como sinais de sofrimento fetal.

Durante a experiência na sala de partos, foram identificadas situações de desvio da normalidade durante o período expulsivo, constatando-se a não evolução da descida da apresentação fetal através dos esforços expulsivos ou identificação do aparecimento de sinais de alerta como CTG não tranquilizador, sendo necessário transmitir a informação ao Médico de Obstetrícia e Ginecologia, de acordo com todas as recomendações constantes na orientação nº 002/2023 da DGS. Constatou-se que essa experiência em lidar com desvios da normalidade é de extrema importância, pois permite compreender os próprios limites na atuação profissional. Além disso, reforça a necessidade de

reconhecer o momento adequado para encaminhar o caso ao médico obstetra, garantindo assim a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (DGS, 2023b).

Houve ainda a oportunidade de prestar cuidados imediatos ao RN, quando o desfecho do parto era instrumentalizado. Procedeu-se à avaliação imediata da sua adaptação à vida extrauterina, através da avaliação dos parâmetros que constituem o Índice de *Apgar*, implementando medidas de suporte quando necessários, bem como administração intramuscular de vitamina K, pesagem, registo de hora de nascimento, identificação do RN e sempre que as condições o permitiram foi colocado o RN em contacto pele com pele. No ano de 2024, o Hospital B, implementou o projeto *Sling Casulo*. Embora não tenha sido a instituição pioneira, título esse que pertence à Maternidade Alfredo da Costa, o Hospital B adotou esta prática inovadora, com vista à melhoria da experiência de parto e cuidados neonatais. O *Sling Casulo* é um modelo de porta-bebés concebido para ser utilizado desde os primeiros momentos de vida do bebé. Durante o trabalho de parto, a mãe veste o *Sling*, que lhe proporciona conforto e privacidade. Após o nascimento, o RN é colocado no *Sling*, permitindo um contacto direto pele a pele de forma segura e confortável. Este método assegura que o bebé se mantenha aquecido e próximo da mãe, facilitando a amamentação e fortalecendo o vínculo afetivo, beneficiando assim de todas as vantagens do contacto pele-a-pele.

Ainda no Hospital B, a responsabilidade pelo internamento de grávidas e pelas salas de partos recai integralmente sobre o EEESMO. Esse modelo reflete uma continuidade nos cuidados, com o EEESMO assumindo um papel abrangente, desde o internamento até o acompanhamento do parto, promovendo uma assistência mais integrada e personalizada.

Por outro lado, no Hospital F há uma divisão clara no fluxo de atendimento. As grávidas em trabalho de parto são encaminhadas diretamente para a sala de partos quando iniciam a fase ativa de trabalho de parto, centralizando os cuidados obstétricos nesse momento específico. Esse modelo sugere uma abordagem segmentada, onde o foco está na supervisão e gestão ativa do parto, concentrando recursos e atenção nos momentos de maior necessidade clínica.

No Hospital F, cada sala de partos está equipada com uma área específica para a receção do RN, contendo todo o material necessário para os primeiros cuidados. Essa configuração representa uma grande vantagem, pois permite que o RN permaneça sempre visível para a mãe e o acompanhante, promovendo maior proximidade durante

os procedimentos e intervenções. Além disso, essa organização reduz a necessidade de deslocação do mesmo para outros ambientes e limita a presença de pessoas externas, garantindo um ambiente mais íntimo e acolhedor para esse momento especial. Para além das experiências enriquecedoras e reflexões proporcionadas por novas situações e vivências, houve continuidade no desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências essenciais ao acompanhamento do trabalho de parto. Estas incluíram competências de diagnóstico, como a realização de cervicometria, avaliação da estática fetal e a interpretação de dados relativos ao bem-estar fetal, bem como competências técnicas, como a avaliação da integridade das membranas e características do líquido amniótico, a monitorização do trabalho de parto e a identificação de possíveis desvios da normalidade.

Também foram aprimoradas habilidades como a avaliação da necessidade de episiotomia, a execução do parto em apresentação cefálica, a avaliação da integridade do canal de parto e a aplicação de técnicas de reparação do períneo. A prática contínua permitiu a elevação do nível de conhecimentos e o desenvolvimento de maior autonomia em grande parte dessas competências.

Competência 4 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

O período pós-natal, definido como o período que começa imediatamente após o nascimento do bebé e se estende até seis semanas (42 dias), é um momento crítico para mulheres, RN, casal, cuidadores e familiares (DGS, 2015).

No Internamento de Puerpério, o cuidado à mulher no período pós-natal, é intensivo e específico, com o objetivo de assegurar a recuperação física, emocional e adaptação ao papel da mãe. Este cuidado começa logo após o parto até à alta hospitalar, sendo os principais focos de atuação: avaliação e monitorização da saúde física e emocional materna, bem como vigilância do RN. Para além disso, também é essencial o suporte à amamentação, orientação de cuidados ao RN, prevenção de depressão pós-parto, preparação para a alta e encaminhamento para rede de apoio. Mais especificamente, recomenda-se uma permanência mínima de 24 horas após o nascimento na instituição, com cuidados e acompanhamento contínuo durante o internamento. Tratando-se também de um momento de grande vulnerabilidade emocional é importante fornecer

apoio e suporte à mulher/casal e incentivar a integração da família nos cuidados com o RN, fortalecendo o suporte à mãe (OMS, 2022).

Durante o estágio que decorreu durante seis semanas no Internamento de Puerpério do Hospital B, houve a oportunidade de prestar cuidados individualizados e especializados a 103 mulheres e recém-nascidos.

O Internamento de Puerpério, naquele campo clínico em específico, constitui uma extensão do Serviço de Obstetrícia, com foco no acompanhamento e cuidados imediatos tanto para a mãe quanto para o RN após o parto. No caso mencionado, as puérperas e os RNs são transferidos para essa unidade logo após o parto, onde os cuidados pós-parto imediatos são realizados. Nessa fase, é fundamental a monitorização de sinais vitais para identificar precocemente complicações, avaliar a involução uterina, de forma a verificar a contração do útero para detetar, prevenir e tratar em caso de atonia uterina, principal causa de hemorragia pós-parto, bem como avaliar a quantidade e características dos lóquios e observar as características das suturas, quando presentes. A hemorragia pós-parto é definida como perda de sangue superior ou igual a 1000 ml ou com sinais de hipovolemia nas primeiras 24h após o parto, sendo uma das principais causas de mortalidade materna. A atuação do EEESMO é crucial na sua prevenção e tratamento. Intervenções como a monitorização rigorosa dos sinais vitais, avaliação do involução uterina e avaliação da perda sanguínea são essenciais para a deteção precoce de hemorragias (Galvão et al., 2023a).

Também é importante assegurar que a puérpera consiga urinar espontaneamente, prevenindo complicações como a distensão vesical, que pode interferir na contração uterina e aumentar o risco de hemorragia. Houve, igualmente, preocupação da mestranda em controlar a dor, quando presente, principalmente após cesariana, e incentivo à mobilização precoce para prevenir trombose venosa.

Constatou-se que é uma fase extremamente desafiante e intensa, pelo que oferecer suporte emocional e construir uma relação de confiança com a mãe/casal é indispensável, exigindo uma abordagem empática e acolhedora. É fundamental respeitar as crenças, os valores e a individualidade de cada mulher, criando um ambiente que promova segurança e conforto.

No que diz respeito à amamentação, embora a mesma seja incentivada e os seus benefícios amplamente destacados, algumas mulheres podem não desejar amamentar ou não estar suficientemente informadas sobre sua importância. É fundamental fornecer

orientações claras e educativas, permitindo que cada mulher tome uma decisão informada e consciente, sem julgamentos. Ao longo do estágio, a mestranda identificou a amamentação como um dos maiores desafios enfrentados. Observou-se que o sucesso desse processo depende de diversos fatores, incluindo aspetos físicos, emocionais e sociais, sendo essencial o desejo genuíno da mãe em amamentar. Esse desejo, aliado a um suporte adequado, é fundamental para superar as dificuldades iniciais e estabelecer uma amamentação eficaz e satisfatória. De acordo com Pangerl et al. (2024), os desafios enfrentados pelos EEESMOs na promoção, proteção e apoio à amamentação são amplamente moldados por barreiras culturais e sociais que exigem uma abordagem especializada, flexível e empática. Este estudo enfatiza que, embora os EEESMOs possuam competências técnicas avançadas, essas habilidades devem ser complementadas por capacidades de comunicação intercultural e sensibilização, a fim de superar os obstáculos impostos pelo contexto sociocultural. Assim, a abordagem ideal envolve um equilíbrio entre a educação e formação baseada em evidência científica e o respeito às tradições culturais, evitando conflitos que possam levar ao abandono da orientação profissional.

Além disso, deve-se estar atento a possíveis sinais de depressão pós-parto, como tristeza persistente ou dificuldades em criar vínculo com o bebê, garantindo colaboração com a psicologia ou serviço social, se necessário. A mesma exige uma abordagem multidisciplinar que inclui suporte social e familiar, assim como intervenções que incluem informar as mães sobre mudanças emocionais no pós-parto, discutir expectativas realistas sobre maternidade e amamentação ou monitorizar ativamente gestantes com histórico de doenças psiquiátricas (Oliveira et al., 2020).

Em relação ao RN, a mestranda esteve atenta, avaliando sinais de perigo durante cada contato pós-natal, sendo que o RN deve ser encaminhado para avaliação adicional em caso de desvio da normalidade como por exemplo dificuldades na alimentação ou icterícia nas primeiras 24 horas após o nascimento, entre outros.

Geralmente a alta é realizada após a permanência do RN e puérpera na instituição durante pelo menos 48 horas. Foram fornecidas, informações e aconselhamento, complementados com materiais educativos como folhetos, para preparar as mulheres, pais e cuidadores para a alta do Hospital, de forma a melhorar os resultados de saúde materna e neonatal e facilitar a transição para o domicílio. Verificou-se que a maioria dos internamentos tendem a ser breves, o que pode ser positivo para o casal.

Observando por outro prisma, muitos têm alta ainda com diversas dúvidas, tornando a continuidade dos cuidados fundamental para garantir a confiança e o bem-estar tanto do RN como da mãe. Nesse contexto, o suporte oferecido pelos serviços de cuidados de saúde primários desempenha um papel crucial (OMS, 2022). Durante o estágio no respetivo internamento houve vários momentos de articulação com a equipa de CSP para informar e articular sobre casos específicos de utentes e sobre as dificuldades identificadas no momento da alta. Esse pedido de colaboração foi, na maioria das vezes, solicitado com o objetivo de oferecer suporte à amamentação, garantindo assim a continuidade dos cuidados e o apoio necessário à mãe/família e ao RN. Além disso, observou-se que casais de “primeira viagem” tendem a apresentar mais ansiedade e preocupação relativamente aos cuidados ao RN, o que pode influenciar na adaptação ao novo papel parental e na recuperação pós-parto. As mulheres primíparas, devido à inexperiência, frequentemente, apresentam ansiedade elevada, principalmente nos primeiros cuidados com o bebé como o banho, amamentação, mudança da fralda e preocupação com o bem-estar do RN (Chemello et al., 2021a).

Competência 5 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério.

O climatério é definido como um período de transição na vida da mulher, que marca a passagem do período reprodutivo para o não reprodutivo. É caracterizado por importantes mudanças nos níveis hormonais, físicos e psicológicos, além de ser influenciado por fatores culturais e sociais (Bisognin et al., 2022a).

Ao longo das práticas clínicas nos CSP e Urgência de Obstetrícia e Ginecologia, foi possível desenvolver esta competência, através da prestação de cuidados a mulheres que se encontravam neste período e fase de vida. O EEESMO deve reconhecer as alterações hormonais, físicas e emocionais e o conseqüente impacto do climatério nos relacionamentos familiares e sociais. Para tal, é fundamental informar as mulheres sobre o que esperar durante o climatério, como os sintomas mais comuns, incentivando práticas de autocuidados, alimentação equilibrada, prática de exercício. A família deve ser incluída no plano de cuidados, quando apropriado, ajudando, desta forma, a validar a mulher neste período (Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2021).

Este período também é vivenciado de diferentes formas, consoante a cultura, e isso foi verificado ao longo do estágio. Segundo Domínguez et al. (2020), as diferenças

culturais e sociais desempenham um papel significativo na forma como as mulheres vivenciam e interpretam essa fase. Em culturas ocidentais, esta fase é frequentemente associada à perda de juventude, feminilidade e *status* social, muitas vezes vista como uma condição patológica que requer tratamento e conseqüentemente estas mulheres experienciam mais ansiedade. Por outro lado, em culturas não ocidentais, a menopausa pode ter conotações positivas, como libertação das pressões reprodutivas e aumento do *status* social, especialmente em sociedades onde a velhice é valorizada. A evidência científica sublinha a importância de uma abordagem bio cultural, que integra não só aspetos biológicos, mas também psicológicos, culturais, geográficos e sociais. O EEESMO deve ser detentor de capacidades como escuta ativa, empatia na abordagem às mulheres. Foi possível atender 18 mulheres na fase do climatério, sendo que a intervenção recaiu maioritariamente sobre o rastreio do cancro do colo do útero, bem como oportunidade para realizar ensinamentos, incentivando o autocuidado, incluindo higiene íntima, exercício físico e alimentação, realização de exames de rotina como citologia e mamografia e sinais de alerta relativos a esta fase.

Competência 6 – Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

Conforme definido no Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019b), este é capacitado para planejar, implementar e avaliar intervenções, além de oferecer suporte emocional e psicológico às mulheres (ou em casos específicos, aos homens) em tratamento de condições que afetam o aparelho genito-urinário e/ou a mama. Para isso, é crucial reconhecer os principais processos ginecológicos que afetam a mulher e, conseqüentemente, as suas relações familiares e sociais.

Durante o período de permanência no internamento no contexto hospitalar e Urgência de Ginecologia, foi possível vivenciar e prestar cuidados a mulheres com condições como metrorragias, nódulo mamário, bartolinite, neoplasias do colo do útero e situações de aborto.

Após o diagnóstico e conseqüente transmissão do mesmo ao utente pelo médico, a mestrande esteve atenta às implicações emocionais e psicológicas, como ansiedade, depressão ou impacto na autoestima e sexualidade, articulando com outros profissionais e demonstrando disponibilidade em escutar, proporcionando um ambiente empático.

Outro aspeto relevante no desenvolvimento desta competência foi a valorização do contexto familiar e comunitário da mulher. Ao reconhecer que os processos de saúde/doença ginecológica afetam não apenas a utente, mas também o seu núcleo familiar e social, a mestranda promoveu intervenções que visaram o fortalecimento dessas relações, essenciais para o processo de recuperação e reabilitação.

Por fim, a prática de cuidados centrados na mulher, com enfoque na sua individualidade, cultura e valores, evidenciou a capacidade de oferecer um suporte abrangente. A mestranda não só prestou cuidados técnicos e especializados, mas também atuou como facilitadora do processo de adaptação emocional e psicossocial.

Competência 7 – Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Na perspetiva da mestranda o desenvolvimento desta competência apresentou-se como um processo transversal a todos os contextos clínicos.

Mais de um quinto (22%) dos bebés nascidos em Portugal em 2023 são filhos de mãe estrangeira, segundo dados do INE (INE, 2023). A entrada de imigrantes em idade fértil tem vindo a contribuir cada vez mais para aumentar a natalidade em Portugal. No ano de 2023, nasceram quase 19 mil bebés com mãe estrangeira, o dobro do que em 2018. A vulnerabilidade, no contexto migratório, refere-se a fatores que expõem os indivíduos a riscos, como a sua condição de saúde, socioeconómica, etnia, género e idade. Os migrantes vulneráveis, frequentemente, enfrentam riscos elevados de exploração, discriminação e violência. Entre os grupos mais afetados é possível destacar as mulheres e crianças migrantes, sendo particularmente mais desprotegidas perante a violência de género, tráfico de pessoas e separação familiar. O aumento claro de bebés nascidos de mães estrangeiras em Portugal (quase 19 mil em 2023) indica que os serviços de saúde têm de responder a uma população cada vez mais multicultural.

Portugal teve um papel ativo na elaboração e na consequente implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, adotada por todos os Estados-Membros das Nações Unidas em 2015. Esta agenda estabelece prioridades e metas globais, integrando objetivos como igualdade de género e empoderamento de mulheres e raparigas (Objetivo 5), redução das desigualdades entre países e no interior deles (Objetivo 10) e garantia de acesso à saúde de qualidade para promover o bem-estar em

todas as idades (Objetivo 3), compartilhando com a competência 7 princípios fundamentais de igualdade, inclusão, enfrentando barreiras relacionadas com o género, desigualdade e discriminação, materializando desta forma os princípios da Agenda 2030 ao aplicar práticas inclusivas, humanizadas e adequadas, contribuindo para a redução de desigualdades e a promoção de saúde universal (OMS, 2016).

Um exemplo prático ocorreu durante o exame ginecológico de uma mulher que recusou ser examinada por motivos religiosos. Foram-lhe dadas informações detalhadas e de forma tranquila e empática, sobre a importância do procedimento, garantindo a sua privacidade e conforto, o que a levou a aceitar a avaliação ginecológica. A situação descrita demonstra a importância de *cuidar o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população* (competência 7) por forma a superar barreiras e desigualdades, promovendo um atendimento equitativo e inclusivo.

Um outro caso exemplificativo foi o de uma mulher da Guiné com bolsa rota que solicitou tempo para realizar uma oração antes da colocação do CTG. Foi necessário respeitar a sua crença e aguardar até que concluísse o momento de oração para proceder ao exame, demonstrando respeito pelas suas práticas culturais e religiosas. Foi possível respeitar esta prática em segurança para o bem-estar materno e fetal, visto que a parturiente já tinha sido observada pela equipa médica (avaliação de cervicometria, características do líquido amniótico, realização de ecografia obstétrica e anamnese).

Também, ao longo do estágio, foram prestados cuidados a mulheres de etnia cigana, sendo esta comunidade, também ela alvo de preconceito, com tradições e valores distintos.

O empoderamento de mulheres no contexto de saúde, especialmente em comunidades vulneráveis, é um aspeto fundamental para proporcionar cuidados respeitosos e eficazes, sendo este, um exemplo de empoderamento e respeito pelas escolhas e crenças pessoais.

De forma geral, o respeito pelos valores, crenças e culturas foi sempre uma premissa que norteou as intervenções da mestrande, procurando responder às necessidades individuais de cada mulher, família ou grupo com cuidados culturalmente sensíveis e congruentes, motivo pelo qual esse foi o tema alvo do trabalho empírico realizado. O facto de, de uma forma intencional, pensada e refletida ter desenvolvido o

cuidado o mais culturalmente e congruente possível, bem como a revisão da literatura sobre o tema, permitiram o desenvolvimento da competência em análise. Houve também a participação no IV Encontro Regional do Alentejo no âmbito do Programa Nacional para a Prevenção da Violência no Ciclo de Vida com o título "Olhar para a prevenção da violência no ciclo de vida da população migrante" que permitiu uma maior consciencialização sobre as dificuldades da população migrante.

CONCLUSÃO

O presente relatório permitiu evidenciar não apenas o processo de aquisição das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do EEESMO, colocando igualmente em evidência as atividades desenvolvidas que, em consequência, também contribuíram para o desenvolvimento e a consolidação das competências de mestre. Todas as competências, de forma particular, ou no seu conjunto, são fundamentais para a excelência na prestação de cuidados, particularmente na população de mulheres migrantes em situação de vulnerabilidade durante a gravidez e o pós-parto.

O processo de visitar, descrever e analisar os diferentes contextos clínicos, da descrição das atividades realizadas ao longo do estágio, de descrever e expor a investigação sobre a problemática das vulnerabilidades das mulheres migrantes durante a gravidez e pós-parto através de uma revisão narrativa da literatura, bem como a reflexão e mobilização de competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do EEESMO, foram o caminho seguido para a redação deste documento, permitindo evidenciar o atingir dos objetivos delineados para o estágio. Todo esse processo foi sustentado por um referencial teórico de enfermagem cientificamente validado, permitindo que o exercício de aprendizagem fosse direcionado por evidências, sustentando e ancorando o agir e a perspetiva da mestranda.

A diversidade dos contextos clínicos possibilitou a compreensão de diferentes realidades, expondo a mestranda a múltiplas situações que favoreceram o desenvolvimento do pensamento crítico e da capacidade de adaptação a diferentes desafios. O acompanhamento por EEESMOs altamente qualificados, atuando como modelos de referência, proporcionou um ambiente de aprendizagem enriquecedor, estimulando a reflexão e a busca contínua por conhecimento, tanto através do contato direto com EEESMOs, quanto pela pesquisa científica nas mais recentes bases de dados.

A temática da vulnerabilidade das mulheres migrantes na gravidez e pós-parto emergiu como um desafio significativo, exigindo extensiva pesquisa para identificar os descritores adequados e a evidência científica mais relevantes, refletindo-se num conhecimento mais sólido e estruturado em relação às barreiras na prestação de cuidados à mulher grávida migrante, projetando possíveis estratégias de intervenção

que possam melhorar a experiência dessas mulheres no sistema de saúde. Dada a crescente vaga migratória, sobretudo de mulheres em idade fértil, foi possível perceber um aumento significativo de grávidas, parturientes e puérperas de diferentes nacionalidades, o que frequentemente resulta em dificuldades na comunicação entre profissionais de saúde e utentes. Esse fator reforça a necessidade de espaços dedicados à escuta e discussão das expectativas para o parto, visando mitigar as barreiras linguísticas e culturais e garantir que todas as mulheres tenham acesso a um atendimento respeitoso, individualizado e culturalmente congruente.

Ao concluir este percurso, a mestrandia considera que os objetivos delineados neste relatório foram alcançados de forma satisfatória e que os desafios enfrentados proporcionaram crescimento pessoal e profissional, além de fomentar discussões e reflexões sobre a necessidade de aperfeiçoamento contínuo dos cuidados prestados às mulheres grávidas e parturientes, especialmente em situação de maior vulnerabilidade.

Este relatório simboliza o início de um compromisso contínuo com a excelência na enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, com o propósito de contribuir para um cuidado mais inclusivo, humano e culturalmente sensível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2011). *Transições e contextos multiculturais* (2.^a ed.). Formasau.
- Almeida, L. M., Costa Santos, C., Caldas, J. P., Dias, S., & Ayres de Campos, D. (2016). The impact of migration on women's mental health in the postpartum period. *Revista de Saúde Pública*, 50(0). <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050005617>
- Almeida Ventura Silva, J. M., Ferreira Pereira Da Silva Martins, M. M., De Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Alto Comissariado para as Migrações. (2015). Plano Estratégico para as Migrações (PEM) 2015-2020. *Governo de Portugal*.
- Amendoeira, J. (2022). *Saúde Individual e Comunitária*.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association*.
- Arechvo, A., Voicu, D., Gil, M. M., Syngelaki, A., Akolekar, R., & Nicolaides, K. H. (2022b). Maternal race and pre-eclampsia: Cohort study and systematic review with meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(12), 2082–2093. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17240>
- Asencios Falcón, E. M., & Magallanes Corimanya, M. (2023). Perinatal health in peruvians and migrants, according to the registry of vital events data, Peru. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 16.
- Assembleia Da República. (2007). Lei n.º 16/2007. Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. *Diário da República*, 1.a série, n.º 75.
- Assembleia Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica. (2021). *Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica*.
- Ayres de Campos, D., Arulkumaran, S., & FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Introduction. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 3–4. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.017>

- Azevedo, C. B., & Ramalho, C. (2020). *Challenges in care after fetal death: Should the mode of delivery be a maternal choice? Desafios nos cuidados após morte fetal: Deverá a via do parto ser uma escolha materna?*
- Barata, C. (2022). "Mix of Races, Bad Uterus": Obstetric Violence in the Experiences of Afro-Brazilian Migrants in Portugal. *Societies*, 12(3), 78. <https://doi.org/10.3390/soc12030078>
- Barreto, M. D. S., Nascimento, D. G. D., Magini, L. Y. Z., Oliveira, I. L. D., Vieira, V. C. D. L., & Marcon, S. S. (2019). Discourse of nurses and doctors on the use of the emergency service by immigrants. *Escola Anna Nery*, 23(3), e20190003. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0003>
- Betran, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Souza, J. P., & Zhang, J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: Global and regional estimates. *BMJ Global Health*, 6(6), e005671. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005671>
- Bisognin, P., Alende Prates, L., De Vargas Perez, R., Candido De Bortoli, C. D. F., Antunes Wilhelm, L., & Schimith, M. D. (2022b). Saberes e práticas de cuidado à saúde no climatério. *Journal of Nursing and Health*, 12(2). <https://doi.org/10.15210/jonah.v12i2.2232>
- Bitencourt, J. V. D. O. V., Biffi, P., Migliorança, D. C. M., Dors, J. B., Franzmann, K. L., Maestri, E., Araujo, J. S., & Galvan, A. C. L. (2023b). Estratégias De Ensino-Aprendizagem Para Formação Clínica Em Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 97(1), e023043. <https://doi.org/10.31011/reaid-2023-v.97-n.1-art.1515>
- Borges, T. P., Anjos, K. F. D., Magalhães, J. B. D., Schulz, R. D. S., & Santa-Rosa, D. D. O. (2020b). Conceitos E Fundamentos Dos Direitos Humanos Para Profissionais De Enfermagem Em Unidade De Emergência. *Revista Baiana de Enfermagem* 35, . <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.38498>
- Brandão, M. A. G., Barros, A. L. B. L. D., Caniçali Primo, C., Bispo, G. S., & Lopes, R. O. P. (2019). Nursing theories in the conceptual expansion of good practices in nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 577–581. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>
- Brani, P., Mrvoljak-Theodoropoulou, I., Pechlivani, F., Iliadou, M., Antoniou, E., Daskalakis, G., Drakakis, P., & Dagla, M. (2024). Breastfeeding Intention and Breastfeeding Postpartum Outcomes between High-Risk and Low-Risk Pregnant

- Women: A Greek Prospective Cohort Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(6), 755. <https://doi.org/10.3390/ijerph21060755>
- Cárdaba García, R. M., Velasco-Gonzalez, V., Cárdaba García, I., Pérez Pérez, L., Durantez Fernández, C., Muñoz-del Caz, A., Soto-Cámara, R., Aparicio-García, M. E., Madrigal, M., & Pérez, I. (2024). Breast Ironing from the Perspective of Transcultural Nursing by Madeleine Leininger: A Narrative Review. *Nursing Reports*, 14(4), 3677–3688. <https://doi.org/10.3390/nursrep14040269>
- Chemello, M. R., Levandowski, D. C., & Donelli, T. M. S. (2021b). *Ansiedade Materna E Relação Mãe-Bebê: Um Estudo Qualitativo*.
- Costa, A. R., Lanhoso, A., Capela, E., Neves, J., & Reis, J. L. (2022). *Pain management in office gynecological procedures Controlo da dor em procedimentos ginecológicos em regime de consultório*.
- Costa, C. A. (2024). *Cervical cancer screening in Portugal: Great room for improvement Rastreio do cancro do colo do útero em Portugal: Grande margem para melhoria*.
- Coutinho, E., Amaral, S., Parreira, M. V. B. D. C., Chaves, C. B., Amaral, O., & Nelas, P. (2019). Nurses- puerperal mothers interaction: Searching for cultural care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 910–917. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0216>
- Couto, A. R. P. (2023a). *Gestão de Serviços de Manutenção em Contexto Hospitalar de Equipamentos Médicos*. Instituto Politécnico de Coimbra.
- Dello Lacono, C., Juárez, S. P., & Stanek, M. (2024). Duration of residence and offspring birth weight among foreign-born mothers in Spain: A cross-sectional study. *European Journal of Public Health*, 34(3), 524–529. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae011>
- DGS. (2008). *Programa Nacional de Saúde ReprodutivaSaúde Reprodutiva Planeamento Familiar*.
- DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*.
- DGS. (2023b). *Norma: 001/2023. Organização dos cuidados de saúde na preconção, gravidez e puerpério*.
- DGS. (2023a). *Norma: 001/2023. Organização dos cuidados de saúde na preconção, gravidez e puerpério*.
- DGS. (2023c). *Orientação no 002/2023. Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*.

- Dodou, H. D., Sousa, A. A. S. D., Barbosa, E. M. G., & Rodrigues, D. P. (2017). Sala de parto: Condições de trabalho e humanização da assistência. *Cadernos Saúde Coletiva*, 25(3), 332–338. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700030082>
- Doetsch, J., Almendra, R., Carrapatoso, M., Teixeira, C., & Barros, H. (2021). Equitable migrant-friendly perinatal healthcare access and quality in public maternity units in Portugal. *European Journal of Public Health*, 31(5), 951–957. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab125>
- Dominicé Dao, M., Gerosa, D., Pélieu, I., & Haller, G. (2022b). Allophone immigrant women's knowledge and perceptions of epidural analgesia for labour pain: A qualitative study. *BMJ Open*, 12(4), e057125. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057125>
- Entidade Reguladora Da Saúde. (2015). *Acesso a Cuidados De Saúde Por Imigrantes*. Escola Superior São João de Deus. (2023). *Ordem de Serviço n.º 01/2023*.
- Ferraz, L., Schneider, L., Pereira, R. P., & Pereira, A. (2019c). Ensino e aprendizagem da prática baseada em evidências nos cursos de Enfermagem e Medicina. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 101(257). <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.101i257.4424>
- Ferreira, C., Silva, V., Guerra, C., Silva, A. I., & Rosário, R. (2018). Postpartum depression: Early detection and associated factors Depressão pós-parto: Detecção precoce e fatores associados. *Postpartum depression*.
- Figueiredo, J. A. F. (2008). *Inovação e Desempenho de Equipamentos Médicos Estudo Qualitativo em Hospitais Portugueses*. Universidade do Minho Escola de Economia e Gestão.
- Fontein Kuipers, Y. J., & Mestdagh, E. (2022). The experiential knowledge of migrant women about vulnerability during pregnancy: A woman-centred mixed-methods study. *Women and Birth*, 35(1), 70–79. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.004>
- Francisca Tayrine Stéphanne Pinho Fernandes, & Alves, L. A. (2020). *Metodologias Ativas No Ensino De Enfermagem: Em Busca Do Pensamento Crítico-Reflexivo*.
- Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. (2023a). Despacho n.º 12813/2023. *Diário da República*, 2.ª série.
- Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. (2023b). Despacho n.º 12813/2023. Redefinição do perfil assistencial e reorganização do programa funcional do

- Hospital José Joaquim Fernandes, integrado na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E. P. E. (ULSBA, E. P. E.), incluindo a ampliação do atual edifício hospitalar. *Diário da República, 2.a série, n.º 240*, 192–13.
- Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. (2023c). Despacho n.º 12813/2023. Redefinição do perfil assistencial e reorganização do programa funcional do Hospital José Joaquim Fernandes, integrado na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E. P. E. (ULSBA, E. P. E.), incluindo a ampliação do atual edifício hospitalar. *Diário da República, 2.a série, n.º 240*, 192–193.
- Galvão, A., Topedino, K., Oliveira, L., Oliveira, V., Oliveira, I., & Moura, A. (2023b). Prevenção e conduta da hemorragia pós-parto. *Revista de académicos e egressos da Medicina - RAMED*, 1(1). <https://doi.org/10.5102/2965-7121.v.1.n1.10>
- Gasteiz, V. (2010). *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal: Versión resumida*. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Góes, F. G. B., Ledo, B. C., Santos, A. S. T. D., Bastos, M. P. D. C., Silva, A. C. S. S. D., & Pereira-Ávila, F. M. V. (2021). Good practices in caring for a newborn with good vitality in the delivery room: Integrative review / Boas práticas no cuidado ao recém-nascido com boa vitalidade na sala de parto: revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 13, 899–906. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9611>
- Gomes, I. E. M., Padoin, S. M. D. M., Langendorf, T. F., Paula, C. C. D., Gomes, C. A., & Ribeiro, A. C. (2019). Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 9, e61. <https://doi.org/10.5902/2179769234170>
- Graya, L. M. D. (2010). *Medicina Materno-Fetal*. LIDEL.
- Heslehurst, N., Brown, H., Pemu, A., Coleman, H., & Rankin, J. (2018). Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: A systematic review of systematic reviews. *BMC Medicine*, 16(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1064-0>
- Huang, J.-Z., Chen, C.-N., Lee, C.-P., Kao, C.-H., Hsu, H.-C., & Chou, A.-K. (2022). Evaluation of the Effects of Skin-to-Skin Contact on Newborn Sucking, and

- Breastfeeding Abilities: A Quasi-Experimental Study Design. *Nutrients*, 14(9), 1846. <https://doi.org/10.3390/nu14091846>
- INE. (2021). *Censos 2021: Resultados definitivos*.
- INE. (2023). *População estrangeira com estatuto legal de residente por sexo*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?contexto=bd&indOcorrCod=0009107&selTab=tab2&xpgid=ine_indicadores&xpid=INE
- Instituto Politécnico de Viseu, UICISA:E ESenfC-ESSV/IPV, Portugal, Coutinho, E., Domingos, A. R., Reis, A., & Parreira, V. (2022). *Being an Obstetric Nurse and Intercultural Mediator in the interaction with migrant pregnant women* (1ª, Vol. 13). Ludomedia. <https://doi.org/10.36367/ntqr.13.2022.e731>
- Jaafar, S. H., Ho, J. J., & Lee, K. S. (2016c). Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006641.pub3>
- Jaafar, S. H., Ho, J. J., & Lee, K. S. (2016b). Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006641.pub3>
- Johnson, J. D., & Louis, J. M. (2022b). Does race or ethnicity play a role in the origin, pathophysiology, and outcomes of preeclampsia? An expert review of the literature. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(2), S876–S885. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.07.038>
- Keygnaert, I. (com Health Evidence Network). (2016). *What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European Region*. Health Evidence Network, WHO Regional Office for Europe.
- Larrosa Domínguez, M., Tejada Musté, R., & Martorell Poveda, M. A. (2020). Influencia de la cultura en la menopausia: Revisión de literatura. *Cultura de los Cuidados*, 56. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.56.15>
- Leal, P., Poeira, A., Mendes, D. A., Batalha, N., Franco, H., Nunes, L., Marques, F., Pađen, L., Stefaniak, M., Pérez-Perdomo, A., Bangels, L., Lemmens, K., & Amaral, G. (2024). Teaching and Learning Clinical Reasoning in Nursing

- Education: A Student Training Course. *Healthcare*, 12(12), 1219. <https://doi.org/10.3390/healthcare12121219>
- Leininger, M. (sem data). Culture care diversity & universality: A worldwide nursing theory. *Jones & Bartlett Publishers*.
- Leininger, M. (1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*, 152–160.
- Leininger, M. (1991). Culture care diversity & universality: A theory of nursing. *National League for Nursing Press*.
- Leininger, M. (1994). Quality of life from a Transcultural Nursing Perspective. *Nursing Science Quarterly*, 22–28.
- Leininger, M. (1997). Transcultural Nursing Research to Transform Nursing Education and Practice: 40 Years. *Journal of Nursing Scholarship*, 341–348.
- Ls, S., Fs, S., de, S. R., & Lfs, S. (2023). *Fatores Associados À Autoeficácia Da Amamentação No Puerpério Imediato Em Maternidade Pública*.
- Madziva, C., Chinouya, M. J., & Njoroge, K. (2024). Experiences of geophagy during pregnancy among African migrant women in London: Implications for public health interventions. *SSM - Qualitative Research in Health*, 5, 100431. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2024.100431>
- Martín, S. R., & Martín, S. R. (2020). *Diversidad cultural en salud, competencia de la Enfermería transcultural*.
- Mbakaya, B. C., Kalembo, F. W., Zgambo, M., Konyani, A., Lungu, F., Tveit, B., Kaasen, A., Simango, M., & Bvumbwe, T. (2020). Nursing and midwifery students' experiences and perception of their clinical learning environment in Malawi: A mixed-method study. *BMC Nursing*, 19(1), 87. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00480-4>
- Medina, E. T., Mouta, R. J. O., Silva, S. C. D. S. B., & Gama, S. G. N. D. (2023). O cuidado na casa de parto e sua conformidade com as diretrizes nacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(7), 2065–2074. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.15842022>
- Mesa do Colégio de Enfermagem de Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. (2020). *Pronúncia Da Mesa Do Colégio Da Especialidade De Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica n.º 09/2020*.

- Ministério Da Saúde. (2008a). Decreto-Lei n.º 183/2008. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 171, 6225–6232.
- Ministério Da Saúde. (2008b). Decreto-Lei n.º 183/2008. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 171, 6225–6233.
- Ministério Da Saúde. (2015). Despacho n.º 5613/2015. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 102, 13550–13553.
- Ministério da Saúde. (2023). UCSP Serpa. *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/4/942/40001/4021300/Pages/default.aspx>
- Morim, A. M., & Freitas, C. M. (2024). A perda gestacional na perspectiva do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica: Protocolo de uma scoping review. *Studies in health sciences*, 5(3), e5373. <https://doi.org/10.54022/shsv5n3-001>
- Mozooni, M., Pereira, G., Preen, D. B., & Pennell, C. E. (2023b). The influence of acculturation on the risk of preterm birth and low birthweight in migrant women residing in Western Australia. *PLOS ONE*, 18(5), e0285568. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285568>
- Nakata, T. N., Colombiano, I. M. C., & Rodrigues, R. M. S. (2022). *Análise das boas práticas de atenção ao parto em maternidade pública de Roraima*.
- Nardjesse, B., Wissal, B., & Nassira, C. (2024). Estimating Midwifery Staffing Needs in a Maternity Ward Using the Workload Indicators of Staffing Need (WISN) Method. *Proceedings of the International Conference on Industrial Engineering and Operations Management*. 14th International Conference on Industrial Engineering and Operations Management, Dubai, UAE. <https://doi.org/10.46254/AN14.20240120>
- Nielsen, J. H., & Overgaard, C. (2020). Healing architecture and Snoezelen in delivery room design: A qualitative study of women's birth experiences and patient-centeredness of care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 283. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02983-z>
- Observatório das Migrações. (2023). Indicadores de integração de imigrantes: Relatório estatístico anual. *Alto Comissariado para as Migrações*.
- O'Callaghan, N., & Garrett, P. M. (2025). 'Pregnancy and birth are uncertain anyway': Practitioner perspectives on problems encountered by migrant ethnic minority

- women. *The British Journal of Social Work*, bcae190.
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcae190>
- OCDE. (2021). Estado da Saúde na UE Portugal. Perfil de saúde do país 2021. *Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde*.
- OE. (2001). *Padrões De Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem*.
- OE. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*.
- OE. (2019a). Regulamento n.o 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2.a série, n.º 26*.
- OE. (2019b). 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*.
- OE. (2019d). Regulamento n.o 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República, 2.a série, n.º 184, 128–155*.
- OE. (2019c). Regulamento n.o 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República, 2.a série, n.º 184, 128–155*.
- OE. (13560-13565). 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*.
- OECD. (2023). State of Health in the EU Portugal Perfil de saúde do país. *European Observatory on Health Systems and Policies*.
- Olajide, B. R., Van Der Pligt, P., & McKay, F. H. (2024). Cultural food practices and sources of nutrition information among pregnant and postpartum migrant women from low- and middle-income countries residing in high income countries: A systematic review. *PLOS ONE*, 19(5), e0303185.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303185>
- Oliveira, A. P., Silveira, I. M. M., Okamoto, C. T., & Reda, S. (2020b). *Depressão pós-parto: Quais os fatores de risco?*
- Oliveira, C. A. (2020b). *Cardiotocografia anteparto*.
- Oliveira, C. R. (2023). Indicadores de Integração de Imigrantes. *Observatório das Migrações*.

- Oliveira Costa, R. R. D., Medeiros, S. M. D., Amado Martins, J. C., & Dias Coutinho, V. R. (2018b). A simulação no ensino de enfermagem: Reflexões e justificativas a luz da bioética e dos direitos humanos. *Acta bioethica*, 24(1), 31–38. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100031>
- Oliveira, E. N., Lopes, R. E., Cavalcante, M. M. B., Felix, T. A., Neto, F. F. M., & Moreira, R. M. M. (2017). Parimos Em Portugal: A Vivência Do Serviço De Saúde Por Imigrantes Brasileiras. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6(2), 93–103. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1194>
- OMS. (2003). *Declaração de amsterdão Hospitais migrant-friendly numa Europa etno-cultural diversificada*.
- OMS. (2016). *Transformar o nosso mundo: Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável*.
- OMS. (2018). Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030): Desarrollo en la primera infancia. *71.a Asamblea Mundial De La Salud*.
- OMS. (2020). *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva*.
- OMS. (2021). *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?utm_source=chatgpt.com
- OMS. (2022). *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva*.
- Osorio, L. (2022). Lineamiento Técnico. *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva*.
- Osuide, J. O., Parsa, A. D., Mahmud, I., & Kabir, R. (2024). The effect of limited access to antenatal care on pregnancy experiences and outcomes among undocumented migrant women in Europe: A systematic review. *Frontiers in Global Women's Health*, 5, 1289784. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2024.1289784>
- Pangerl, S., Ross-Adije, G., Geraghty, S., & Monterosso, L. (2024b). Sources of breastfeeding knowledge and support skills among midwives and students: A scoping review. *British Journal of Midwifery*, 32(12), 662–671. <https://doi.org/10.12968/bjom.2024.0066>

- Pedroso, A. C., Carvalho, A. R., Mocho, B., Mendes, C., Teixeira, J., & Reis, A. (2020). *Experiências De Maternidade De Mulheres Migrantes – Uma Scoping Review*.
- Peixoto, J., Lascasas, J. R., Marques-Cruz, M., Ferreira, A., & Pinheiro, P. (2021). *Abortion by women request: 11 years of experience in a Local Health Unit Interrupção Voluntária da Gravidez: 11 anos de experiência de uma Unidade Local de Saúde*.
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Reflective practice among nursing students in clinical teaching. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pereira Costa, I. A., Godinho Bertoncello, K. C., Gue Martini, J., Santos Dinis Parreira, P. M., Batista Rodrigues, D., & De Souza, M. D. L. (2021). Enfermeiros Para O Cuidado No Pré-Parto, Trabalho De Parto E Pós-Parto: Revisão Integrativa. *Ciencia y Enfermería, 27*. <https://doi.org/10.29393/CE27-2ECIP60002>
- Pereira Pinto, A. C., & Neves Da Mota, L. A. (2023b). Evidence-based practice instruments for nurses validated for Portugal: Scoping review protocol. *RevSALUS - Revista Científica Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia, 5*(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- Plano de atividades e orçamento 2013*. (sem data).
- PORDATA. (2023). População residente no Distrito de Beja. *Fundação Francisco Manuel dos Santos*.
- Presidência Do Conselho De Ministros. (2007). Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007. *Diário da República, 1.a série, n.º 85*.
- Presidência do Conselho de Ministros. (2007). *Resolução Do Conselho De Ministros N.º 63-a/2007. Plano Para a Integração Dos Imigrantes*.
- Presidência Do Conselho De Ministros. (2010). Resolução do Conselho de Ministros n.º 74/2010. *Diário da República, 1.a série, n.º 182, 4097–4116*.
- Ramos, M. N. (2012). Migration, Maternité Et Santé. *Repertório, Salvador, n.º 18*.
- Ribeiro, V. D. S., Garbuió, D. C., Zamariolli, C. M., Eduardo, A. H. A., & Carvalho, E. C. D. (2018). Simulação clínica e treinamento para as Práticas Avançadas de Enfermagem: Revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem, 31*(6), 659–666. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800090>
- Riegel, F., Martini, J. G., Bresolin, P., Mohallem, A. G. C., & Nes, A. A. G. (2021b). Desenvolvendo o pensamento crítico no ensino de Enfermagem: Um desafio em

- tempos de pandemia de Covid-19. *Escola Anna Nery*, 25(spe), e20200476. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0476>
- Rodrigues, F. R. de A., Martins, J. J. P. A., & Pereira, M. L. D. (2021). Competência Cultural: Análise Do Conceito Segundo a Metodologia Tradicional De Walker E Avant. *E- Revista De Estudos Interculturais*.
- Rogers, H. J., Hogan, L., Coates, D., Homer, C. S. E., & Henry, A. (2020). Responding to the health needs of women from migrant and refugee backgrounds—Models of maternity and postpartum care in high-income countries: A systematic scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 28(5), 1343–1365. <https://doi.org/10.1111/hsc.12950>
- Rusov, V. (sem data). REFLECTIVE DIALOGUE – A CONDITION FOR THE IMPLEMENTATION OF STUDENT-CENTERED LEARNING. 2023.
- Santiago, C., Figueiredo, M. H., & Basto, M. (2020). Meanings attributed by migrant women to nursing care during pregnancy to postpartum. *Suplemento digital Rev ROL Enferm*, 146–153.
- Santo, S. (2022a). *Does episiotomy still have a place in obstetrics? Episiotomia – que lugar na prática obstétrica*.
- Santo, S. (2022b). Episiotomy Episiotomia, Norma de Orientação SPOMMF. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*.
- Santos, E. M. M. (2009). *A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem*. Universidade de Aveiro. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa.
- Santos, I. P., Fernandes, I. T. G. P., De Oliveira, A. A. C., De Melo, S. F., Do Nascimento, A. L., Leoni, E. A., Caetano, S. A., Vieira, V., Ferreira, M. Z. J., Magalhães, P. R., Magalhães, L. R., Lopes, A., Florentino, A. D. O., & Silva, J. A. D. (2024). Educação para a Morte: O Papel do Profissional de saúde na Comunicação de Más Notícias aos Familiares de Pacientes. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(8), 3947–3961. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p3947-3961>
- Santos, R. (2020). *Research training leads to better researchers, but also better doctors and critically minded readers A formação em investigação leva a melhores investigadores, mas também melhores médicos e leitores com espírito crítico*.

- Schuster, T., & de Souza, A. Q. (2024). *Os Desafios Do Enfermeiro No Processo De Humanização Da Assistência Ao Parto: Uma Revisão Integrativa*.
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. (2023). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo*.
- Silva, A. C., & Martingo, C. (2007b). Unidades de saúde amigas dos migrantes uma resposta ao desafio da multiculturalidade em Portugal. *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde, 1*, 155–159.
- Silva, A. O. V. D., Carvalho, A. L. R. F. D., Vieira, R. M., & Pinto, C. M. C. B. (2023b). Estratégias de supervisão clínica, aprendizagem e pensamento crítico dos estudantes de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem, 76*(4), e20220691. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0691pt>
- Silva, B. N. D., Lira, A. L. B. D. C., & Pinto, E. S. G. (2023). Análisis de la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural de Madeleine Leininger. *Cultura de los Cuidados, 67*. <https://doi.org/10.14198/cuid.23001>
- Silva, S. R. O. D., Monteiro, I. F., & Castro, C. M. D. (2021b). Da Síria ao Brasil: Dimensões culturais de mulheres imigrantes nas percepções do cuidado e assistência à gestação, parto e pós-parto. *Ideias, 12*, e021004. <https://doi.org/10.20396/ideias.v12i00.8658527>
- Siqueira, L. S., Santos, F. S., Santos, R. M. D. M. S., Santos, L. F. S., Santos, L. H. D., Pascoal, L. M., & Santos Neto, M. (2023). Factors Associated with Breastfeeding Self-Efficacy in the Immediate Puerperium in a Public Maternity Hospital. *Cogitare Enfermagem, 28*, e84086. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.88970>
- Soares, S., Poço, A., & Carvalho, J. (2025). Fatores que influenciam a amamentação por dois ou mais anos: Estudo descritivo. *Millenium - Journal of Education, Technologies, e37086* Páginas. <https://doi.org/10.29352/MILL0216E.37086>
- Sociedade Portuguesa da Contraceção. (2020). *Consenso sobre contraceção*.
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2021). *Consenso Nacional sobre menopausa*.
- Souto, D. D. C., & Schulze, M. D. (2019). Profissionais de Saúde e Comunicação de Más Notícias: Experiências de uma Unidade Neonatal. *Revista Psicologia e Saúde, 173–184*. <https://doi.org/10.20435/pssa.v0i0.690>
- Torres, M., Vinagre, C., Godinho, A. B., Casal, E., & Pereira, A. (2018). *Evidence in the maternal position in the second stage of labor Evidência sobre a posição da grávida no segundo estágio do trabalho de parto*.
- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. (2022). *Regulamento Interno da ULSBA*.

- Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo. (2024). *Obstetrícia*. <https://www.ulsba.min-saude.pt/areas/obstetricia/>
- Universidade de Évora. (2019). Aviso n.º 15812/2019. *Diário da República*, 2.^a série, n.184.
- Valizadeh, F., Heshmat, F., & Motaghi, Z. (2022b). The Parturient Women's Privacy Preservation in the Delivery Rooms: A Qualitative Study. *Journal of Caring Sciences*, 12(1), 33–41. <https://doi.org/10.34172/jcs.2023.30401>
- Waldum, Å. H., Jacobsen, A. F., Lukasse, M., Staff, A. C., Falk, R. S., Vangen, S., & Sørbye, I. K. (2020b). The provision of epidural analgesia during labor according to maternal birthplace: A Norwegian register study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 321. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03021-8>
- WHO. (2011). *Strengthening midwifery toolkit*. 9.
- WHO. (2018a). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugee and migrant health*. World Health Organization, Regional Office for Europe.
- WHO. (2018b). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/260178>
- WHO. (2019a). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region*.
- WHO. (2019b). *Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/324738>
- WHO. (2020a). *Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care*.
- WHO. (2020b). *WHO Labour Care Guide: User's Manual* (1st ed). World Health Organization.
- WHO. (2021). *Guía OMS de Cuidados Durante el Trabajo de Parto: Manual Del Usuario* (1st ed). World Health Organization.
- WHO. (2022). *Orientações Estratégicas Mundiais para Enfermeiros e Parteiras 2021-2025* (1st ed). World Health Organization.
- WHO. (2024). *Maternal, newborn, child, adolescent health and ageing and quality of care indicator metadata toolkit Indicator. Validation guide*.
- Winter, A. K., Due, C., & Ziersch, A. (2024). Wellbeing Outcomes and Risk and Protective Factors for Parents with Migrant and Refugee Backgrounds from the Middle East

in the First 1000 Days: A Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 26(2), 395–408. <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01510-4>

Zarth, M. D., Fernández, P. A., Baggio, M. A., Zilly, A., Gamarra, C. J., & Silva, R. M. M. D. (2024). Cross-cultural nursing care for immigrant women during pregnancy and childbirth: Experiences and vulnerabilities. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 45, e20230161. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230161.en>

ANEXOS

Anexo A – Certificado Conselheira em Aleitamento Materno



Entidade acreditada pela ACSS
Despacho Ministerial de 13/12/2000
Estatuto renovado a 14/05/2009 si' sujeição a período de validade

CERTIFICADO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Certifica-se que Ana Catarina Nunes Caetano da Silva, nascida a 26/07/1994, de nacionalidade Portuguesa, portadora do Cartão do Cidadão N^o 14005712, concluiu a 19/11/2024, o Curso de Formação Profissional “**Conselheiras do Aleitamento Materno**”, realizado nos dias 12,13,14,15 e 19 de novembro de 2024, com a duração total de 40 horas, com **aproveitamento**.

Beja, 25 de novembro de 2024

A Coordenadora do Gabinete de Formação,
Documentação e Investigação

Assinado por: **Sandra Cristina Vaz Camilo Guiomar**
Num. de Identificação: 09489696
Data: 2024.11.25 14:35:10+00'00'



Certificado n^o 0444/2024

GABINETE DE FORMAÇÃO, DOCUMENTAÇÃO E INVESTIGAÇÃO
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
Rua António Fernando Covas Lima | 7801-849 Beja, Portugal
NIF: 508 754 275
Tel: (+351) 284 310 200



SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
BAIXO ALENTEJO

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Outras ações de formação contínua não inseridas no Catálogo Nacional de Qualificações.

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 – Saúde – programas não classificados noutra área de formação.

PLANO CURRICULAR – 40 horas.

Introdução ao Curso.

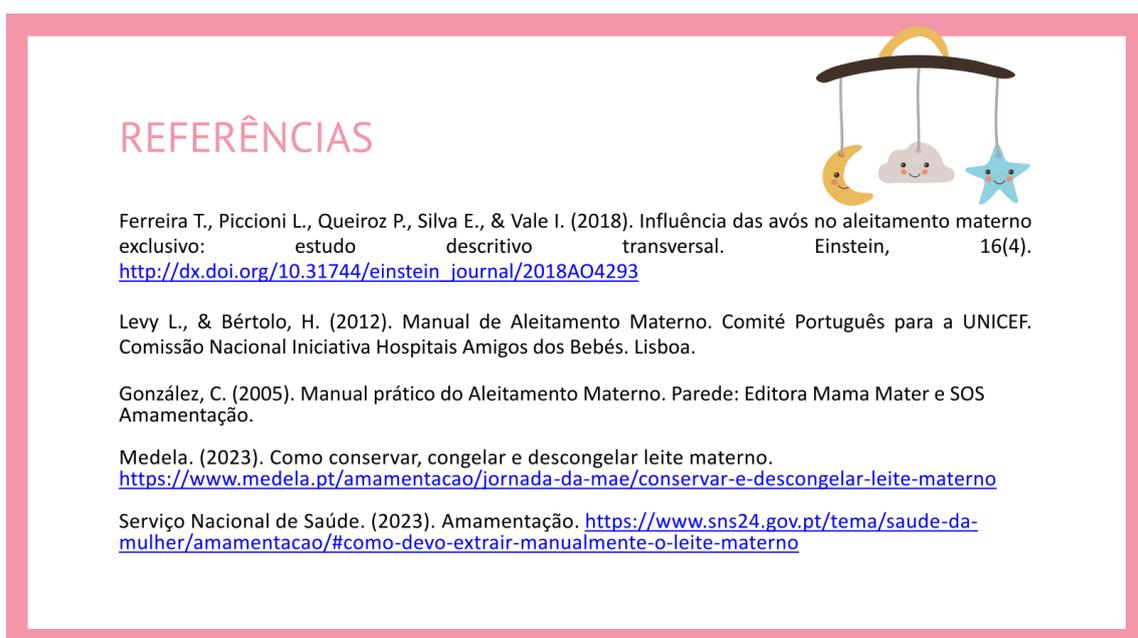
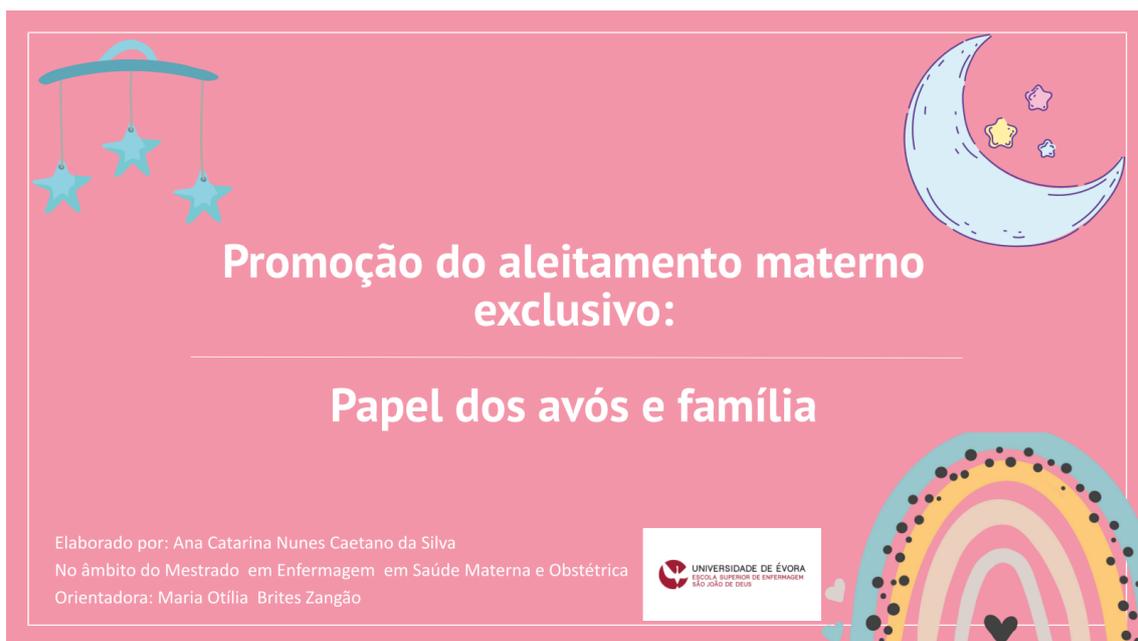
- Iniciativa Amiga dos Bebés / Situação Nacional e Internacional.
- Competências de comunicação e exercícios.
- Promoção do aleitamento materno durante a gravidez – Vantagens; composição do LM; HIV e AM.
- Como o leite materno chega ao bebé.
- Práticas do parto e aleitamento materno.
- Como ajudar a amamentação.
- Proteção ao aleitamento materno – Código de comercialização dos substitutos do leite materno.
- Como Colher a História de Amamentação - História de Amamentação (Prática em sala e exercícios).
- Lactentes com necessidades especiais.
- “Pouco leite”, Controlo metabólico do RN e Curvas de crescimento.
- Alimentação complementar.
- Práticas que apoiam o aleitamento materno.
- Quando o bebé não pode ser amamentado.
- Condições das mamas e mamilos ou sugestões.
- Questões relacionadas com a saúde materna.
- Apoio continuado às mães que amamentam legislação e alimentação complementar.
- Práticas de Aconselhamento.
- Prática clínica I - Observação da mamada e ajuda às mães – puerpério.
- Prática clínica II – Conversa com uma grávida.
- Prática clínica III – Extração manual de leite e alimentação por copo.
- Prova de avaliação de conhecimentos.

GABINETE DE FORMAÇÃO, DOCUMENTAÇÃO E INVESTIGAÇÃO
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO, EPE
Rua António Fernando Covas Lima | 7801-849 Beja, Portugal
NIF: 508 754 275
Tel: (+351) 284 310 200

APÊNDICES

10. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração(ões) de aceitação)	
Nome: <u>Maria Otília Brites Zangão</u>	
Universidade/Instituição: <u>Universidade de Évora/ Escola Superior de Enfermagem São João de Deus</u>	
N.º Identificação Civil: <u>09294982</u> - <u>7 ZX5</u> Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input checked="" type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: <u>+ 351 963543933</u> E-mail: <u>otiliaz@uevora.pt</u> ID ORCID: <u>0000-0003-2899-8768</u>	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
Nome: _____	
Universidade/Instituição: _____	
N.º Identificação Civil: _____ - _____ Tipo de Identificação: <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Passaporte <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Telef.: _____ E-mail: _____ ID ORCID: _____	
11. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE DO TRABALHO	
Domínio Científico e Tecnológico (Área FOS): <u>Ciências da Saúde</u> <small>Consulte a lista de Áreas FOS em: http://www.dgeec.mec.pt/np4/28</small>	
Palavras-chave (5 palavras, separadas por ';'): <u>Vulnerabilidade em Saúde; Migrante; Gravidez; Parto; Período Pós-parto</u>	
12. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA	
<u>Vulnerabilidades das mulheres migrantes</u>	
13. RESUMO, PLANO E CRONOGRAMA [Se necessário submeter como anexo a este impresso]	
Documento em anexo.	
14. DOCUMENTOS ANEXOS	15. DECLARAÇÃO DO ESTUDANTE
<input checked="" type="checkbox"/> Plano do Trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Cronograma <input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Orientador(es) <input type="checkbox"/> Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento <small>(Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)</small> <input type="checkbox"/> Outros: _____	Nos termos do Regulamento Académico da Universidade de Évora (RAUÉ) em vigor, entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado (título, orientador, língua, etc.) procederei nos termos do referido regulamento, à entrega do projeto de alteração no prazo máximo de 10 dias antes da entrega da T/D/E/TP.

Apêndice B - Apresentação para comemoração da semana mundial do Aleitamento Materno “Papel dos Avós e Família na Promoção do Aleitamento Materno”



Apêndice C – Folheto informativo “Aleitamento Materno”

ALEITAMENTO MATERNO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo de Emergência Internacional para Crianças das Nações Unidas (UNICEF), recomendam o leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida; após este período, ele deve complementar outros alimentos oferecidos de forma oportuna e saudável, até os 2 anos ou mais.

VANTAGENS

BEBÉ

- Previne infeções (respiratórias e gastrointestinais);
- Efeito protetor contra alergias;
- É de fácil digestão;
- Diminui risco de obesidade, diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e alergias;
- Diminui risco de cáries dentárias;
- Contribui para o desenvolvimento dos músculos faciais, evitando problemas de fala e respiratórios;
- Promove o desenvolvimento saudável mental do bebé.

MÃE

- É económico;
- Facilita a recuperação de órgãos reprodutores e do peso anterior à gravidez;
- É prático e está sempre à temperatura ideal;
- Reduz o risco de cancro da mama e do ovário, osteoporose, doenças cardíacas, entre outras;
- Evita hemorragia após o parto;
- Fortalece os laços entre mãe e filho.

COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO

O leite materno é um alimento completo que está em constante mudança.

Colostro

É o primeiro leite que a mãe produz. É importante para dar imunidade e proteção ao bebé e para ajudar a crescer nos primeiros dias.

Leite de transição

Surge alguns dias após o parto (2 a 3 dias) e em maior quantidade (a vulgar “descida do leite”) e instala-se entre o 5º e 6º dia.

Leite maduro

Surge 2-3 semanas após o parto e mantém-se até ao desmame.

A DECISÃO DE AMAMENTAR É UMA DECISÃO PESSOAL!



SINAIS DE UMA “BOA PEGA”

- Boca bem aberta;
- Bochechas arredondadas;
- Lábio inferior virado para fora;
- Queixo encostado à mama e nariz afastado;
- Mais areola visível acima da boca do bebé do que abaixo.



COMO FUNCIONA A PRODUÇÃO DE LEITE?

A produção de leite está associada a uma hormona, a prolactina. Com a ajuda da sucção do bebé, a prolactina vai sendo estimulada. Quanto mais o bebé mama, mais informação é enviada ao cérebro para produzir leite, isto é **quanto mais o bebé mama, mais leite a mãe produz!**

Outra hormona que ajuda a sair o leite é a ocitocina, a hormona do amor, do trabalho de parto. Procure um local calmo, esteja tranquila e desfrute deste momento com o seu filho e esta hormona será produzida.

A forma e o tamanho da mama não estão relacionados com o sucesso da amamentação.

SINAIS DE SUCÇÃO EFICAZ

- Sucções lentas e profundas, com pausas;
- Bochechas cheias, ouve-se o som da deglutição;
- O bebé mama calmamente;
- Termina a mamada e o bebé parece satisfeito;
- A mãe não sente dor;
- A mãe sente que a mama está menos cheia depois da mamada do que antes da mamada.



SINAIS DE FOME

- O bebé começa a acordar;
- Põe a língua de fora;
- Olha em redor e faz alguns sons;
- Põe a mão na boca;
- Só depois disto, se estes sinais não forem atendidos, é que o bebé chora.



POSICIONAMENTO PARA AMAMENTAR

MÃE

A mãe pode adotar várias posições, mas o mais importante será sentir-se confortável:

- Costas apoiadas;
- Pés apoiados, caso esteja sentada;
- Apoio das mamas, se necessário, por exemplo com a mão que está livre;
- A mão que segura a mama deve ser colocada em “C” e não em pinça.

BEBÉ

Independentemente da posição, deve considerar-se em relação ao bebé:

- Corpo alinhado: orelha, ombro e anca do bebé devem formar uma linha reta e deve estar próximo ao corpo da mãe;
- O recém-nascido deve ter todo o corpo apoiado;
- O bebé deve ser encaminhado para a mama, não é a mama que vai até ao bebé;
- O bebé deve abocanhar o mamilo de baixo para cima (ligeira extensão da cabeça).

CONSELHOS PARA AMAMENTAÇÃO COM SUCESSO

- Amamente o seu bebé o mais cedo possível, de preferência nas primeiras horas de vida;
- As chuchas não são recomendadas enquanto a amamentação não estiver estabelecida, salvo exceções, como, por exemplo, prematuridade;
- Deve dar uma mama de cada vez, pois o leite varia ao longo da mamada, e só deve passar para a outra mama quando a primeira oferecida ficar mais mole;
- No primeiro mês de vida o bebé não deve fazer intervalos muito grandes (cerca de 3 a 4 horas entre mamadas). Mais tarde, o bebé autorregula-se e a amamentação pode ser em horário livre;
- O bebé recém-nascido mama mais e melhor à noite porque há maior produção de prolactina.



Referências

Ferreira, C. (2020). Estamos grávidos! E agora? (2nd ed.). Manuscrito.

Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Lisboa.

Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2021). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lidel.

Perry, L. (2008). Enfermagem na Maternidade. (7nd ed). Lusociência.



Elaborado por: Ana Catarina Nunes Caetano da Silva

No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

Orientador: Maria Otília Brites Zangão

Apêndice D – Folheto informativo “Cancro da Mama”

OUTUBRO *Rosa*
CANCRO DA MAMA

É uma doença provocada pelo crescimento anormal e descontrolado de células com origem nos tecidos mamários. Pode começar numa ou em ambas as mamas.

1 em cada 8 mulheres desenvolverão cancro da mama

1% de todos os cancros da mama ocorrem em homens 

FATORES DE RISCO

- Idade
- História pessoal de cancro de mama
- História familiar
- Alterações genéticas
- Primeira gravidez depois dos 35 anos
- Raça caucasiana
- Obesidade pós-menopausa
- Inatividade física
- Bebidas alcoólicas
- Tabagismo
- Sexo feminino
- Idade avançada
- Exposição a radiação ionizante

SINTOMAS E SINAIS

- Presença nódulos na mama
- Secreção/ perda de líquido através do mamilo
- Alteração da forma ou tamanho da mama
- Inchaço ou presença de nódulos na axila
- Saliências ou maior espessamento do tecido mamário
- Dor ou desconforto persistente na mama
- Erupção cutânea no mamilo
- Covinhas na pele

RASTREIO DO CANCRO DA MAMA

- Autoexame da mama
- Mamografia de rastreio
- Exame clínico da mama
- Mamografia de diagnóstico
- Ecografia
- Ressonância Magnética
- Biopsia

A PARTIR DOS 50 ANOS E ATÉ AOS 69, NO CASO DAS MULHERES SEM HISTORIAL DE CANCRO DA MAMA NA FAMÍLIA.

REALIZADO DE 2 EM 2 ANOS E COMPLEMENTADOS COM ECOGRAFIA MAMÁRIA SE NECESSÁRIO.

AUTOEXAME DA MAMA

O autoexame da mama regular é determinante para a deteção do cancro da mama numa fase precoce, permitindo atuar mais cedo e obter uma maior taxa de sucesso terapêutica.



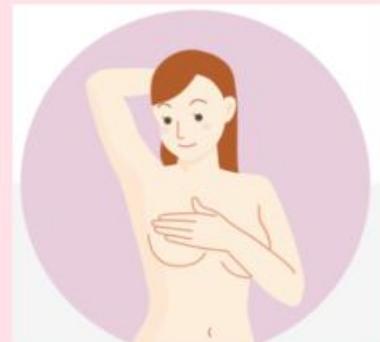
1º Passo – Observação em frente ao espelho

- Com os braços ao longo do corpo observar a simetria das duas mamas e procurar saliências, depressões, rugosidades, alterações na cor ou formas anormais.
- Repetir o processo com os braços levantados e as mãos atrás da nuca e depois com as mãos apoiadas na anca fazendo pressão sobre estas.
- Pressionar o mamilo suavemente para ver se há saída de líquido. Observar alterações na forma do mamilo, por exemplo se está umbilicado naquele momento.

2º Passo – Palpação de pé

Durante o duche, com o corpo molhado e as mãos ensaboadas, de preferência (os dedos deslizam melhor e mais facilmente):

- Levantar o braço esquerdo e colocar a mão atrás da cabeça e com a direita palpar cuidadosamente a mama esquerda e vice-versa;
- A palpação deve ser realizada com os dedos indicador, médio e anelar, pressionando com movimentos contra a parede torácica.



3º Passo – Palpação deitada



- Uma vez deitada, coloque uma almofada debaixo do ombro direito e respetivo braço apoiado atrás da cabeça. Com a mão esquerda utilize os mesmos métodos para realizar o exame da mama, que foram utilizados na palpação de pé.
- Repita o mesmo processo para a mama esquerda.

O AUTOEXAME DEVE SER REALIZADO UMA VEZ POR MÊS



Elaborado por: Ana Catarina Nunes Castano da Silva
No âmbito do Mestrado em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica
Orientador: Maria Otília Brites Zangão

REFERÊNCIAS

ESMO Patient Guide Series – Breast Cancer. European Society for Medical Oncology. (2017). Disponível em: <https://www.esmo.org/for-patients/patient-guides>
Centers for Disease Control and Prevention – Breast Cancer. Disponível em: https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm
American Cancer Society – About Breast Cancer. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/about/what-is-breast-cancer.html>
American Cancer Society – What is Breast Cancer in Men. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer-in-men/about/what-is-breast-cancer-in-men.html>
Shiman M.A. (2015) Arterial Blood Supply of the Breast. In: Mugea T.T., Shiman M.A. (eds) A esthetic Surgery of the Breast. Springer, Berlin, Heidelberg.



Apêndice E – Sessão de preparação para a parentalidade “Mitos sobre a amamentação”



Referências Bibliográficas

- Bzikowska, A., Czerwonogrodzka-Senczyna, A., Wesołowska, A., & Weker, H. (2017). Nutrition during breastfeeding: Impact on human milk composition. *Pol Merkur Lekarski*, 22(432), 58276280.
- Jaafar, S. H., Ho, J. J., & Lee, K. S. (2016). Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006641.pub3>
- Pangerl, S., Ross-Adije, G., Geraghty, S., & Monterosso, L. (2024). Sources of breastfeeding knowledge and support skills among midwives and students: A scoping review. *British Journal of Midwifery*, 32(12), 662–671. <https://doi.org/10.12968/bjom.2024.0066>
- Pincho, C. L. (2018). *Amamentar: A escolha natural para o seu bebé*. Livros Horizonte.
- Siqueira, L. S., Santos, F. S., Santos, R. M. de M. S., Santos, L. F. S., Pascoal, L. M., & Neto, M. S. (2023). *Fatores Associados À Autoeficácia Da Amamentação No Puerpério Imediato Em Maternidade Pública*.
- Wendy, J. (2018). *Breastfeeding and medication* (2ª ed.). Routledge.

Apêndice F – Reflexão Crítica sob Metodologia Ciclo de Gibbs “O que a Luísa me ensinou!”

O que a Luísa me ensinou!

A prática reflexiva é essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional, especialmente no contexto da formação, permitindo que os estudantes desenvolvam o autoconhecimento, compreendam as suas crenças, valores e atitudes em relação à prática, contribuindo, desta forma, para uma identidade profissional sólida, promovendo não apenas o crescimento individual, mas também na equipa (Rusov, 2023).

Descrição

A situação que se descreve em seguida, faz uso da metodologia do ciclo reflexivo de aprendizagem proposto por Graham Gibbs, em 1988, sendo esta uma ferramenta estruturada para a reflexão sobre experiências e aprendizagem, promovendo uma abordagem sistemática para visitar e aprender com situações ocorridas, com o objetivo de melhorar a prática futura (Vong, 2017).

Enquanto enfermeiros lidamos diversas vezes com situações limites, de grande vulnerabilidade e risco. Esta foi uma constatação que foi ganhando cada vez mais espaço e sobre a qual refleti muitas vezes, ao longo da minha carreira profissional. A morte, apesar de fazer parte integral da vida, veio substituir o tabu do sexo, diz-nos Ariés, (2014) no seu livro “O Homem diante da morte”. A morte, que fazia parte do quotidiano e da esfera pública foi institucionalizada, passando a ter lugar, sobretudo, no hospital. Assistimos ao tabu da morte, de uma morte interdita, bem como sobre os assuntos que com ela se relacionam. O luto e as práticas fúnebres são assuntos geralmente abordados de modo restrito, com hesitação, com reservas. Mesmo entre profissionais da área da saúde, sinto que a morte é reprimida, recalcada. Passamos à frente! Acabou! Talvez nem se fale mais nisso...

Mas se o momento dos nascimentos é carregado de cuidados, de acolhimento, alegria e preocupações, porque, se silencia a morte?

E se a morte ocorrer quando esperamos a vida através do nascimento? Provavelmente, pela complexidade destas situações, deverá ser considerado um espaço de diálogo, de partilha, entre pais e profissionais de saúde e entre os profissionais da equipa.

Foi naquele trágico dia, com o nascimento da Luísa (nome fictício) que a constatação de morte não falada ganhou mais peso.

O episódio aqui descrito ocorreu no contexto clínico de Bloco de Partos, durante o estágio referente ao curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Iniciei o turno às 16h, como estudante.

Foi-nos dito que uma senhora (a quem dou o nome fictício de Carolina) tinha sido transferida para o Bloco de Operatório para realização de uma cesariana emergente (por estado fetal não tranquilizador). Passou-se mais tempo do que o previsto... Tanto eu, como a enfermeira supervisora aguardamos notícias de Carolina e de Luísa, até que, após uma estranha demora, o telemóvel toca, com a pior notícia que uma maternidade pode receber: – A Luísa nasceu com Índice de Apgar 1º0, 5º0, 10º0! Silêncio, interrompido por muitos porquês em forma de sussurros. Sentimento de frustração, tristeza, compaixão e culpa. Todos os procedimentos desenvolvidos ao longo do trabalho de parto foram revisitados por aqueles que estiveram envolvidos no mesmo. Estava tudo correto! No entanto, a imprevisibilidade acontece, o risco existe... percebi que não estávamos preparados para um desfecho assim, uma equipa desolada, que se teve que manter firme, segura e confiante para cuidar, apoiar aqueles que tinham uma vida a começar. Segundo Morim (2024) a perda de um filho durante a gravidez é descrita como uma das experiências mais dolorosas para os pais, com impacto emocional e físico significativo, além de ser muito desafiante para os profissionais de saúde envolvidos.

Sentimentos

A morte é um evento emocionalmente desafiador, não apenas para o casal e as suas famílias, mas também para os profissionais de saúde que lidam com essas situações, particularmente neste contexto em específico.

Senti um profundo sentimento de frustração, impotência e tristeza. Embora soubesse que tínhamos seguido todos os protocolos corretamente, a sensação de culpa foi inevitável. No entanto, além da tristeza, também senti uma forte necessidade de compreender como lidar melhor com este tipo de situações. O choque inicial deu lugar a uma reflexão mais profunda sobre a forma como a morte perinatal é abordada nos serviços de saúde e sobre o impacto emocional que tem nos profissionais envolvidos.

Os profissionais frequentemente assumem uma postura de empatia, colocando-se no lugar das mães e famílias enlutadas. Sentimentos de impotência e frustração são sentidos por não conseguirem evitar a perda ou aliviar completamente o sofrimento emocional dos utentes. A morte é muitas vezes sentida como um fracasso pessoal e

profissional e como reconhecimento indesejado da sua própria mortalidade, particularmente em contextos como a maternidade, onde a expectativa é de vida e de renovação.

Por outro lado, alguns profissionais de saúde adotam estratégias de afastamento emocional para lidar com o desconforto e a angústia associados à morte. Embora essa abordagem possa proteger o profissional, também pode ser percebida como falta de empatia pelo utente (Ferreira et al., 2021).

Perante este acontecimento, foram utilizadas técnicas de escuta ativa, empatia e validação dos sentimentos do casal. Para além disso, o casal ficou sozinho numa enfermaria sendo ainda dada a possibilidade ao pai em alargar o horário de visita. Apesar da preocupação da equipa, estas medidas podem ter sido insuficientes, porém foram o possível tendo em conta as infraestruturas existentes. O hospital apresenta deficiências em relação à disponibilidade de espaços físicos adequados, como quartos privativos, que proporcionem um ambiente acolhedor e tranquilo para que o casal possa lidar com a perda. Além disso, é difícil garantir a separação das mães em luto das áreas destinadas a recém-nascidos, para tentar minimizar o sofrimento emocional decorrente desse convívio com díades mãe-recém-nascido.

Segundo Valizadeh et al. (2022), ambientes privados permitem que o casal processe informações e eventos emocionais juntos, fortalecendo o suporte mútuo. O pai ou acompanhante transmite conforto emocional, permitindo decisões compartilhadas.

Na situação descrita, transmitir más notícias é uma tarefa que poucos gostam de desempenhar. A verdade tem um amplo espectro, sendo a meta, tornar a morte um pouco mais “fácil de aceitar”.

Alguns profissionais, incapazes de lidar com a sua própria angústia, acabam por adiar o momento de revelar a verdade aos pais, porém neste caso particular, em que a transmissão da má notícia foi assumida pelo médico Pediatra, optou-se por divulgar a verdade, deixando ao casal a possibilidade de colocar questões, porquês... e se....

A abordagem inadequada pode intensificar o sofrimento e prejudicar o processo de luto, enquanto uma comunicação sensível pode oferecer suporte e facilitar a aceitação. (Vanessa Jaqueline et al., 2019). É fundamental que as más notícias sejam comunicadas de forma gradual e humanizada, com base na honestidade, permitindo que os pais tenham

tempo para processar as informações e fazer perguntas. O respeito pelo tempo e pelas escolhas dos pais é essencial, sendo essa abordagem indispensável para minimizar o sofrimento emocional, fortalecer o vínculo entre os profissionais e os pais e proporcionar o suporte necessário num momento tão sensível. Incluiu-se também a possibilidade de os pais poderem ver e despedir-se da filha, sendo que o pai apenas o pai aceitou já que Carolina, destrozada, recusou ver a filha.

O contato com o bebé falecido é uma questão controversa; algumas mães relatam que segurar o bebé ajuda a lidar com o luto, enquanto outras preferem evitar essa experiência (Gonçalves Lopes et al., 2021).

Avaliação

Ao refletir sobre este evento, identifiquei aspetos positivos e negativos. No que concerne aos aspetos positivos a equipa manteve uma postura profissional, oferecendo apoio emocional aos pais, garantindo que tivessem tempo para processar a notícia. Foram utilizadas técnicas de escuta ativa, empatia e validação dos sentimentos do casal. O pai teve a oportunidade de ver a bebé e se despedir, respeitando a vontade individual. Foi solicitado apoio psicológico para os pais durante o internamento e garantido seguimento após a alta.

Em relação aos aspetos negativos, a transmissão da má notícia, apesar de bem conduzida, poderia ter sido melhor estruturada. A mãe permaneceu internada próxima às puérperas com bebés, o que pode ter aumentado o seu sofrimento. A equipa de enfermagem demonstrou sinais de exaustão emocional e falta de suporte psicológico para lidar com a situação.

Seguem algumas diretrizes para profissionais de saúde na transmissão de más notícias segundo Santos et al., (2024):

- Confirmar os acontecimentos ocorridos;
- Escolher um ambiente privado e tranquilo para a conversa, garantindo que os pais se sintam seguros;
- Reconhecer e validar as emoções dos pais, demonstrando-se disponível para escutá-los e compreendê-los, utilizando linguagem clara e sensível;
- Transmitir as informações de forma honesta, mas com delicadeza;

- Permitir que os pais processem a informação no seu próprio ritmo, oferecendo suporte emocional contínuo;
- Oferecer opções, como ver ou segurar o bebé, se for do desejo dos pais. Essas escolhas podem ser importantes no processo de luto;
- Permitir que os pais façam perguntas e tomem decisões com base nas informações fornecidas;
- Evitar comentários inadequados como "é jovem, pode tentar novamente", pois aumentam o sofrimento;
- Usar protocolos como SPIKES, cujo cada letra significa respetivamente *Setting; Perception; Invitation; Knowledge; Emotions; Strategy*. O mesmo foi criado pelo médico oncologista Robert Buckman, sendo composto por seis etapas que ajudam a tornar a transmissão de más notícias mais eficaz, humanizada e centrada na pessoa, minimizando os impactos negativos da comunicação de informações difíceis tanto para o utente quanto para os profissionais (Quiel Barros Martins et al., 2023).

Análise

O processo de luto decorrente de uma morte neonatal tem sido descrito na literatura como uma vivência específica e pouco reconhecida socialmente. Num estudo realizado por Gonçalves Lopes et al., (2021) no qual participaram 23 mulheres que vivenciaram a perda de um filho no período neonatal os principais sentimentos relatados foram choque, tristeza profunda, raiva e medo. Muitas mães sentem-se culpadas ou desajustadas como mulheres e mães, questionando seu papel e valor. Também foram relatadas manifestações físicas relacionadas com o luto incluindo taquicardia, hipertensão, insónia e sensação de pressão no peito. No que diz respeito à relação do casal o luto prolongado pode gerar conflitos conjugais, incluindo ressentimento mútuo e, em casos extremos, separação (Gonçalves Lopes et al., 2021).

Num outro estudo realizado por Silva et al. (2023) é colocado em evidência que a perda pode gerar luto prolongado ou complicado em 25% a 30% das mulheres, afetando negativamente a sua saúde mental (Silva et al., 2023).

Assim, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) é crucial, podendo mesmo facilitar ou dificultar o processo de luto, dependendo da empatia, comunicação e apoio emocional oferecidos.

Este deve incentivar a expressão emocional, validar emoções, demonstrar uma atitude empática e proporcionar apoio durante todas as fases do luto, incluindo estratégias multidisciplinares que incluam suporte psicológico (Nisihara et al., 2021).

No caso descrito foi solicitado apoio psicológico ao casal durante o internamento e posteriormente seguimento aquando da alta. A autópsia revelou que a causa foi aspiração de mecónio.

Enquanto profissional e futura EEESMO, foi um evento muito marcante. Os profissionais de saúde são pouco treinados para o fim da vida, o que acaba por ser irónico, uma vez que lidamos constantemente e em qualquer área ou contexto com a morte.

A falta de formação académica e treino prático específico para lidar com situações de morte é evidente, gerando ansiedade, principalmente em relação à comunicação da má notícia. Por outro lado, alguns profissionais adotam estratégias de distanciamento emocional para lidar com o desconforto e a angústia associados à perda. Embora essa abordagem possa proteger o profissional, também pode ser percebida como falta de empatia pelos pacientes. A formação contínua e a capacitação dos profissionais são essenciais para melhorar a assistência emocional e técnica nesse contexto.

Há lacunas como ausência de protocolos claros para lidar com a morte neonatal, tanto em relação às famílias quanto para o suporte aos profissionais. Por isso, ambientes de trabalho que oferecem suporte emocional aos profissionais são fundamentais para minimizar o impacto negativo na saúde mental desses cuidadores. (Bazaraah et al., 2023). Também é fundamental apoiarmo-nos entre pares, dando espaço para expressarmos e validarmos sentimentos, o que na azáfama de um turno, nem sempre é possível.

Conclusão

A transmissão de más notícias, especialmente em contextos de morte neonatal, é uma intervenção complexa e emocionalmente desafiadora, tanto para os pais quanto para os profissionais de saúde envolvidos. Abordagens empáticas, humanizadas e estruturadas, como o protocolo SPIKES, são fundamentais para minimizar o impacto emocional e facilitar o processo de luto. Permitir que os pais processem a informação, façam escolhas e tenham suporte psicológico é essencial para promover um cuidado de qualidade e respeito.

A perda neonatal apresenta um impacto profundo no luto dos pais, desencadeando sentimentos de tristeza, culpa e até manifestações físicas. Esse luto pode ser potencialmente prolongado ou complicado, afetando a saúde mental e as relações conjugais. O papel do EEESMO é crucial, podendo influenciar diretamente o curso desse processo, dependendo da sua formação, empatia e capacidade de oferecer suporte adequado. Apesar da relevância do papel dos profissionais de saúde, ainda existem lacunas significativas na formação académica e prática para lidar com mortes neonatais, resultando em sentimentos de impotência e estratégias de distanciamento emocional que podem ser interpretadas como falta de empatia. Isso evidencia a necessidade de capacitação contínua, suporte emocional entre pares e ambientes de trabalho mais estruturados para enfrentar essas situações.

Desta forma, torna-se essencial investir na formação, implementar protocolos institucionais e criar espaços de suporte emocional para profissionais e famílias. Essas ações, para além de aumentarem a qualidade dos cuidados, reduzem o impacto negativo sobre os envolvidos, promovendo uma abordagem mais humanizada e terapêutica perante eventos tão marcantes. A comunicação entre as diferentes pessoas envolvidas neste processo, embora por vezes problemática e geradora de angústias e inquietações, permite expressar sentimentos que, sendo de todos, não tem, muitas vezes, espaço para serem verbalizados.

Ainda hoje penso na Luísa e no que me ensinou!

Plano de ação

Para melhorar a minha prática e a dos profissionais de saúde no futuro, proponho as seguintes ações:

- Formação em transmissão de más notícias, através de participação em cursos sobre estratégias de comunicação eficaz e empática, aplicação de protocolos como SPIKES para estruturar a transmissão de más notícias.
- Capacitação dos EEESMO para intervirem de forma sensível e eficaz no suporte ao luto neonatal, garantindo que todas as decisões respeitem as preferências dos pais e são baseadas em evidências científicas.
- Implementação de espaços de partilha e reflexão em equipa após eventos traumáticos.

- Criação de um programa de suporte emocional para enfermeiros, com sessões regulares de acompanhamento psicológico.
- No que respeita a estrutura física, sugiro a sensibilização da administração hospitalar para a necessidade de quartos privativos para mães enlutadas, através da criação de um ambiente mais acolhedor, separando fisicamente as mães que perderam os seus bebés das unidades onde se encontram recém-nascidos.

A adoção destas medidas contribuirá para um cuidado mais humanizado e um melhor suporte emocional tanto para os pais como para os profissionais de saúde.

Referências Bibliográficas

- Aries, P. (2014). *O Homem diante da morte* (1.ª ed.). Unesp.
- Bazaraah, R., Fouly, H., & Beer, J. D. (2023). Describing the lived experiences of nurses and midwives in caring for mothers and families during a fetal loss. *Saudi Journal for Health Sciences*, 12(1), 31–37. https://doi.org/10.4103/sjhs.sjhs_137_22
- Ferreira, R. D. S. A., Silva, M. K. S. D., Jorge, H. M. F., Pereira, L. C., & Rocha, G. S. T. (2021). Assistência Dos Profissionais De Saúde Em Situação De Perda Gestacional: Revisão Integrativa. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 25(1). <https://doi.org/10.5935/1415-2762-20210057>
- Gonçalves Lopes, B., Carletto, M. R., Ivastcheschen, T., & De Oliveira Borges, P. K. (2021). Maternal feelings in face of perinatal death / Sentimentos maternos frente ao óbito perinatal. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 13, 1493–1498. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.10213>
- Nisihara, R. M., Okamoto, C., Reda, S., Maia, N. T., Mendes, G. B., Pucci, C. M., & Trintinalha, M. D. O. (2021). Avaliação do luto familiar na perda gestacional e neonatal. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 54(1), e174765. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.174765>

- Quiel Barros Martins, N., Thomazini, M. G., Tavares Rodrigues, M., Souza Matos, M., & Ribeiro Souto, R. (2023, setembro 26). Comunicação de más notícias através do protocolo SPIKES: Uma revisão bibliográfica. v. 8 n. 15 (2023): *Suplemento - IV Congresso dos Estudantes e Profissionais da Saúde*. v. 8 n. 15 (2023): Suplemento - IV Congresso dos Estudantes e Profissionais da Saúde. <https://doi.org/10.47224/revistamaster.v8i15.414>
- Rusov, V. (2023). *Reflective Dialogue – a Condition for the Implementation of Student-Centered Learning*.
- Santos, I. P., Fernandes, I. T. G. P., Oliveira, A. A. C., Melo, S. F., Nascimento, A. L., Leoni, E. A., Caetano, S. A., Vieira, V., Ferreira, M. Z. J., Magalhães, P. R., Magalhães, L. R., Lopes, A., Florentino, A. D. O., & Silva, J. A. D. (2024). Educação para a Morte: O Papel do Profissional de saúde na Comunicação de Más Notícias aos Familiares de Pacientes. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(8), 3947–3961. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p3947-3961>
- Silva, A., Pires, C., Silva, S., & Frias, A. (2023). A Assistência Do Enfermeiro Especialista Em Saúde Materna E Obstétrica Na Vivência Da Perda Gestacional: Uma Revisão Narrativa. Em *Enfermagem Materna e Obstétrica: Cuidar no parto e no pós-parto* (1.^a ed., pp. 158–174). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/231014651>
- Valizadeh, F., Heshmat, F., & Motaghi, Z. (2022). The Parturient Women’s Privacy Preservation in the Delivery Rooms: A Qualitative Study. *Journal of Caring Sciences*, 12(1), 33–41. <https://doi.org/10.34172/jcs.2023.30401>
- Vanessa Jaqueline, C., Fabio, S.-C., & Carlos Alexandre Curylofo, C. (2019). A comunicação de más notícias em saúde: Aproximações com a abordagem centrada

na pessoa. *Phenomenological studies - Revista da Abordagem Gestáltica*, 25(1),
92–102. <https://doi.org/10.18065/RAG.2019v25.9>

Vong, S. (2017). *Observe, Reflect, Action!*