

Escola Superior de Saúde de Santarém

**COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA DURANTE O TRABALHO DE PARTO
E PARTO**

Relatório De Estágio

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Lúcia Isabel Nunes das Neves Braga

Orientação:

Professora Doutora Maria Conceição Santiago

Dezembro, 2024

“Nursing is a progressive art such that to stand still is to go backwards”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

A todo o corpo docente da Escola Superior de Enfermagem de Santarém, destacando a Professora Conceição Santiago, pelo seu apoio, disponibilidade, dedicação e orientação.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que cooperaram em cada contexto do ensino clínico, por me apoiarem ao longo deste percurso, pela orientação, disponibilidade, dedicação e partilha de conhecimentos e experiências.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que participaram nas entrevistas realizadas, pela confiança em partilharem as suas experiências e vivências, autorizando a exibição das respostas neste presente relatório.

Ao meu marido, pela minha ausência e por ter sido o meu pilar neste longo percurso. Aos meus pais igualmente, por todo o apoio constante.

Aos meus amigos por todo o apoio nos momentos mais difíceis, por todas as conversas e conselhos.

Aos colegas do meu local de trabalho e à minha Enfermeira Gestora, por toda a disponibilidade em troca de turnos e flexibilidade de horário.

Por fim, à Organização Não Governamental *Hope For Fulanis*, por me ter proporcionado uma das melhores experiências da minha vida e, em especial, às Enfermeiras que me acolheram na Guiné-Bissau, que além de uma enorme disponibilidade e carinho, tornaram a experiência ainda mais rica, por toda a partilha de sabedoria.

A todos que contribuíram para este percurso académico, expresso um enorme e sentido obrigada.

Acrónimos/Siglas

ABCF - Auscultação dos Batimentos Cardíacos Fetais

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AE - Aborto Espontâneo

AFU – Altura do Fundo Uterino

APA - American Psychological Association

ARS - Administração Regional de Saúde

BP – Bloco de Partos

Bpm - Batimentos por minuto

BSG - Boletim de Saúde da Grávida

BSIJ - Boletim de Saúde Infantil e Juvenil

BSR/PF - Boletim de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar

CMESMO - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CTG – Cardiotocografia

DPP - Data Provável do Parto

EBSCO - Elton Bryson Stephens Company

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

IG - Idade Gestacional

IO - Índice Obstétrico

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

JBI - Joanna Briggs Institute®

LA – Líquido Amniótico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PBE - Prática Baseada em Evidência

RABA - Rutura Artificial da Bolsa Amniótica

REBA - Rutura Espontânea da Bolsa Amniótica

RN – Recém-Nascido

ScR - Scoping Review

TP – Trabalho de Parto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCF – Unidade Coordenadora Funcional

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF- Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

Resumo

O aumento significativo da diversidade cultural conduz a um desafio na comunicação em saúde, a nível intercultural, quando consideradas as crenças, os valores e as barreiras linguísticas. Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, para uma prestação de cuidado de qualidade, deverão reconhecer as diferenças culturais e a influência sobre o processo de comunicação, potenciar uma experiência de parto positiva às mulheres migrantes. Com o objetivo de analisar em que medida a comunicação intercultural com a mulher migrante é determinante nos cuidados especializados durante o trabalho de parto foi realizada uma Scoping review, através da metodologia Joanna Briggs Institute®, e um estudo qualitativo com recurso à análise de conteúdo de Bardin. Partindo da questão de revisão: Quais as evidências relativas à comunicação intercultural com a mulher migrante nos cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica durante o trabalho de parto e parto?, recorreu-se às plataformas *PubMed* e *EBSCO HOST: Medline, CINAHL complete, Academic Search Complete e Business Source Complete* e foram incluídos cinco artigos. Na discussão, recorreu-se à análise dos artigos selecionados provenientes da *Scoping Review*, interrelacionados com os dados que emergiram das entrevistas, com o objetivo de ampliar a compreensão do estudo. Concluiu-se que o desenvolvimento da competência cultural dos enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica é crucial para uma prestação de cuidados de qualidade a mulheres migrantes, durante o trabalho de parto e parto, pois promove uma comunicação intercultural eficaz e sensível às questões culturais, resultando numa experiência de parto mais positiva e contribuindo para o desenvolvimento de uma prática baseada em evidência e de novos conhecimentos na área de Enfermagem.

Palavras-Chave: Competência Cultural; Comunicação Intercultural; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Mulher Migrante; Trabalho de Parto.

Abstract

The significant increase in cultural diversity leads to a challenge in intercultural health communication when considering beliefs, values and language barriers. In order to provide quality care, Maternal Health Nurse Specialists must recognize cultural differences and their influence on the communication process in order to enhance the birth experience for migrant women. In order to analyze the extent to which intercultural communication with migrant women is a determining factor in specialized care during labor and delivery, a scoping review was carried out using the Joanna Briggs Institute® methodology and a qualitative study using Bardin's content analysis. Based on the review question: What is the evidence regarding intercultural communication with migrant women in specialized Maternal and Obstetric Health Nursing care during labour and childbirth? the PubMed and EBSCO HOST platforms were used: Medline, CINAHL complete, Academic Search Complete and Business Source Complete and five articles were included. In the discussion, the selected articles from the Scoping Review were analyzed, interrelated with the data that emerged from the interviews, with the aim of broadening the understanding of the study. It was concluded that the development of cultural competence among nurses specializing in maternal and obstetric health is crucial for providing quality care to migrant women during labor and delivery, as it promotes effective and culturally sensitive intercultural communication, resulting in a more positive birth experience and contributing to the development of evidence-based practice and new knowledge in the field of nursing.

Key-words *Cultural Competence; Intercultural Communication; Midwifery; Migrant Woman; Labor, Obstetric.*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....	14
2. METODOLOGIA.....	22
2.1 SCOPING REVIEW.....	22
2.2 TRABALHO DE CAMPO	28
2.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	32
2.4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	32
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	46
3.1 CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	46
3.2 REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	49
4 CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
ANEXOS	91
ANEXO 1: Parecer favorável da Comissão de Ética.....	91
ANEXO 2: Missão de voluntariado com Organização Não Governamental	93
ANEXO 3: Livro de vigilância da grávida da Guiné-Bissau	95
ANEXO 4: Certificado de participação comunicação oral no Internacional Seminar Sexual Education: Promoting European Health.....	97
ANEXO 5: Registo de experiências.....	99
ANEXO 6: Comprovativo de participação no Curso em Aconselhamento Avançado em Aleitamento Materno	101
APÊNDICES.....	103
APÊNDICE 1: <i>Scoping Review</i>	103
APÊNDICE 2: Guião de entrevista semi-estruturada.....	115
APÊNDICE 3: Matriz de análise das entrevistas	117
APÊNDICE 4: Folheto informativo acerca do estudo.....	120
APÊNDICE 5: Consentimento livre e esclarecido para a realização do estudo	122
APÊNDICE 6: Projeto de Investigação	124
APÊNDICE 7: Projeto individual de aprendizagem.....	129
APÊNDICE 8: <i>Post</i> acerca do Dia Mundial da Contraceção.....	147
APÊNDICE 9: Atividade saúde escolar – “Como surgem os Bebés?”	149
APÊNDICE 10: Sessão do Curso De Preparação Para o Parto e Parentalidade – Puerpério	151

APÊNDICE 11: <i>E-Book</i> Curso de Preparação Para o Parto e Parentalidade	187
APÊNDICE 12: Manual Facilitador da Comunicação com a Grávida.....	278
APÊNDICE 13: Comunicação oral no Internacional Seminar Sexual Education: Promoting European Health	290
APÊNDICE 14: <i>QR Code</i> de acesso ao vídeo demonstrativo dos cuidados de higiene ao recém-nascido	300
APÊNDICE 15: Projeto “Cantinho da Amamentação”	302
APÊNDICE 16: <i>E-Book</i> de apoio ao Projeto “Cantinho Da Amamentação”	308
APÊNDICE 17: <i>E-Book</i> de apoio ao Projeto “Cantinho Da Amamentação” - Inglês 322	
APÊNDICE 18: <i>Flyer</i> de divulgação do Projeto “Cantinho Da Amamentação”	336
APÊNDICE 19: Poster acerca das posições de amamentação	338
APÊNDICE 20: Folhetos de apoio à realização de colposcopia e da conização em crioulo	340
APÊNDICE 21: Email com pedido de autorização para implementação do Tradutor Vasco	343

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – PRISMA 2020 FLOW DIAGRAM.....	24
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – Critérios de elegibilidade.....	22
QUADRO 2 - Instrumento de extração de dados adaptado.....	25
QUADRO 3 - Conceitos emergentes nos artigos analisados.....	28
QUADRO 4 - Grelha de análise das entrevistas.....	31
QUADRO 5 - Ferramentas e estratégias implementadas referidas pelos EEESMO's.....	39
QUADRO 6 - Sugestões de estratégias referidas pelos EEESMO's.....	42

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), integrado no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (CMESMO) da Escola Superior de Saúde de Santarém, que se constituiu como um instrumento fundamental no processo de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências.

A UC, que se iniciou a 18 de setembro de 2023 e findou a 12 de julho de 2024, apresenta diversos objetivos de aprendizagem, nomeadamente: A) Evidencia capacidades de compreensão, conceção, autorreflexão e de crítica na praxis clínica especializada, suportada em sólidos e válidos valores profissionais de éticos; B) Presta cuidados de enfermagem especialidade em saúde materna e obstétrica à mulher no ciclo sexual e reprodutivo em situação de saúde-doente, inserida na família, grupo e comunidade; C) Aprofunda e evidenciar o autoconhecimento, a assertividade e a capacidade de tomada de decisão e resolução de problemas no seu campo de intervenção, tendo por base os padrões de qualidade, as competências da área de especialização e a prática baseada na evidência; D) Gere os cuidados, adaptar a liderança e a gestão dos recursos à situações de cuidados e ao contexto, visando a qualidade dos cuidados especializados em saúde materna e obstétrica; E) Elabora relatório de estágio que demonstre uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem, de aquisição e desenvolvimento de competências. Teve a duração 1106 horas (h), das quais 1000h foram destinadas à prestação de cuidados (ESMO na Comunidade - 150h; ESMO na Gravidez Patológica – 150h; ESMO em Ginecologia – 50h; ESMO no Puerpério – 150h; ESMO na Sala de Partos – 500h); 36h de orientação tutorial; 30h de seminário; e 40h de trabalho de campo. O ensino clínico, nos diferentes contextos, foi orientado por Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

A migração é caracterizada como um dos acontecimentos mais importantes da atualidade, assumindo várias denominações, nomeadamente: “mundo sem fronteiras, transnacionalização, globalização, aldeia global” (Baggio, 2020, p. 131). A ligação entre migração e comunicação é complexa, uma vez que a diversidade de experiências migratórias se espelha na forma como as pessoas comunicam durante o processo de migração e integração em novos contextos culturais (Alloatti, 2022). Deste modo, e devido à crescente diversidade cultural, torna-se fulcral pensar e refletir na comunicação intercultural em saúde, uma vez que tanto a população migrante, como os profissionais de saúde manifestam dificuldades (Ramos & Rangel-S 2017; Ramos, 2021; Alloatti, 2022). A população migrante é sujeita a barreiras linguísticas, étnicas e culturais aquando da procura de serviços de saúde, enquanto os profissionais de saúde apresentam mais possibilidade de erros de diagnóstico devido, igualmente, a barreiras linguísticas, comunicacionais e à falta de conhecimento pelas diversas culturas (Ramos, 2012).

Os novos desafios a nível da comunicação intensificam-se no momento do parto, tendo em conta que é um período de maior risco e de vulnerabilidade para esta população (Reis &

Coutinho, 2022). Propus-me, assim, a desenvolver a minha formação na área de Especialização na ESMO, procurando atingir uma prática profissional de excelência com o desenvolvimento das competências inerentes, aprofundando a temática acerca da Comunicação intercultural com a mulher migrante nos cuidados de saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto (TP) e parto. Campinha-Bacote (2002) desenvolveu o modelo de competência cultural na prestação de cuidados de saúde, sendo o referencial teórico utilizado para nortear o exercício em ESMO durante todo o ensino clínico.

Na abordagem desta temática foram usadas duas estratégias metodológicas. A partir da questão de revisão “Quais as evidências relativas à comunicação intercultural com a mulher migrante nos cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica durante o TP e parto?” desenvolveu-se uma *Scoping Review* (ScR), segundo a metodologia *Joanna Briggs Institute*®, de forma a mapear a evidência científica sobre o tema. E um estudo qualitativo com EEESMO's em exercício profissional na sala de partos, para um melhor entendimento sobre a temática e de forma a contribuir para uma prática de cuidados de enfermagem mais ajustada à mulher migrante, promovendo uma experiência de parto positiva.

Tem-se como finalidade que o presente relatório englobe todo o processo formativo, promovendo a auto consciencialização do mestrando no contexto da prática especializada em ESMO, visando ganhos em saúde da mulher/casal/recém-nascido/família e comunidade. Especificamente, tem-se o intuito de tornar visível uma prática de cuidados baseada na evidência através de um pensamento reflexivo e crítico, promotor da tomada de decisão nos cuidados prestados.

Este relatório tem como objetivo geral: refletir de forma crítica as atividades realizadas em contexto de estágio e o contributo no desenvolvimento pessoal e profissional nesta área de especialidade enquadrada na aquisição de Grau de Mestre, analisando em que medida a comunicação intercultural com a mulher migrante é determinante nos cuidados especializados durante o trabalho de parto e parto. Como objetivos específicos: descrever de forma crítica as atividades desenvolvidas para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do EEESMO; expor o processo de ScR realizado; expor o estudo qualitativo realizado; e contribuir para a sensibilização e divulgação da importância da comunicação intercultural na prestação de cuidados especializados de excelência a mulheres migrantes.

Torna-se, desta forma, fulcral refletir acerca das intervenções que proporcionaram o desenvolvimento de competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para a atribuição do título profissional de EEESMO, baseado na experiência profissional já adquirida, no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019) e no Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio, 2019). Particularizando, o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista engloba as competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, sem diferenciação da área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Já o Regulamento de Competências

Específicas do EEESMO cita que o mesmo deverá adquirir responsabilidade e competências para uma prestação de cuidados de enfermagem qualificados, baseados em intervenções autónomas e interdependentes no cuidado à mulher inserida na família e comunidade, no âmbito do planeamento familiar, no período preconcecional, no período pré-natal, no período pós-natal e no período do climatério, experienciando processos de saúde/doença ginecológica e cuidando o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na família e comunidade (Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio, 2019).

Importa, ainda, referir que, para a obtenção do grau de Mestre em ESMO, este relatório obedece aos requisitos definidos pelos descritores de Dublin para o 2º ciclo, que visam a sua obtenção através da descrição das expectativas, resultados e competências atingidas. Os requisitos acima descritos incidem sobre cinco domínios: 1) conhecimento e capacidade de compreensão; 2) aplicação de conhecimentos e compreensão; 3) realização de tomada de decisões; 4) comunicação; 5) competências de autoaprendizagem (Joint Quality Initiative, 2015). O Decreto-Lei nº65/2018, de 16 de agosto, define que o mestrando obtenha o grau académico através da apresentação e discussão pública do presente relatório de estágio.

Relativamente à estrutura, o relatório encontra-se organizado em quatro capítulos:

- O primeiro capítulo engloba o enquadramento conceptual e teórico, que fundamenta a prática de cuidados com o aprofundamento dos conceitos intrínsecos à temática, com base na evidência científica disponível, abordando o Modelo de Competência Cultural de Campinha-Bacote;
- O segundo capítulo é referente à metodologia, que abarca a *ScR*, o estudo qualitativo, as considerações éticas e os resultados produzidos;
- O terceiro capítulo inicia-se com uma breve caracterização dos contextos do ensino clínico, seguido de uma análise reflexiva do percurso de desenvolvimento de competências na área de especialidade de ESMO, nas diversas áreas de intervenção, as dificuldades enfrentadas e as estratégias utilizadas para as superar;
- O quarto capítulo contempla as considerações finais, com os resultados obtidos na *ScR* e no estudo qualitativo, com a concernente discussão dos mesmos. São, ainda, disponibilizadas as referências bibliográficas e, em apêndice e anexo, os documentos que considero que complementam a compreensão de todo o percurso desenvolvido.

Na produção deste relatório utilizou-se as normas da *American Psychological Association (APA)* 7ª edição (American Psychological Association, 2020).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

A pesquisa científica assume-se como fulcral na formação do enfermeiro, proporcionando o desenvolvimento de uma atitude investigadora, com efeito positivo na aquisição de conhecimentos científicos na sua prática profissional (Begui, 2020). Neste capítulo, é fundamentada a seleção da temática deste relatório, com o aprofundamento dos conceitos de acordo com a evidência científica disponível, assim como o Modelo de Enfermagem, que foi selecionado para o percurso formativo, de acordo com a presente temática.

Vive-se num mundo globalizado e numa sociedade multicultural, coexistindo diversas culturas, pautada de uma diversidade singular. De acordo com as Nações Unidas (2023) e o Relatório sobre a Migração Mundial 2024 (IOM, 2024), em 2020 o número global de migrantes internacionais estimado foi de 281 milhões, representado cerca de 3,6% da população global, em comparação com 2,8% em 2000 e 2,3% em 1980. A migração é considerada um dos eventos mais significativos dos tempos atuais, sendo descrita como "mundo sem fronteiras, transnacionalização, globalização, aldeia global" (Baggio, 2020, p. 131). Em 2019, a Organização Internacional para as Migrações (IOM) divulgou um Glossário sobre Migração, onde define migração como o deslocamento de pessoas para um lugar diferente da sua residência habitual, seja internacionalmente ou dentro do próprio país, independentemente da posição legal, de ser um movimento voluntário ou involuntário, das razões ou da duração do deslocamento. A migração internacional é definida como o deslocamento de pessoas que abandonam a sua residência habitual e intersectam uma fronteira internacional, para um país onde não têm nacionalidade (Sironi, Bauloz & Emmanuel, 2019). As atuais Recomendações das Nações Unidas sobre as Estatísticas das Migrações Internacionais fazem uma distinção adicional entre "migrantes de curto prazo", que mudam de residência habitual por um período entre três meses e um ano, e "migrantes de longa duração", que o fazem, por pelo menos, durante um ano (McAuliffe & Oucho, 2024).

Vários são os motivos que se podem atribuir à atual aldeia global, nomeadamente transporte aéreo, internet e avanços na tecnologia, que além de diminuírem as barreiras de acesso e comunicação, facilitam a mobilidade e o intercâmbio (Pires, 2021). As Nações Unidas (2023) e Barakat, Santos e Amaral (2022) acrescentam, ainda, que existem motivações para as pessoas se moverem pelo mundo, nomeadamente: novos contextos sociais, ambientais e demográficos, oportunidade de emprego; desemprego e crises económicas em países em desenvolvimento, melhores condições económicas, para apoiar a familiar ou progredir nos estudos; facilidade de movimentação e rapidez de meios de transporte; novas formas de mobilidade de educação; fugir de guerras, conflitos, violações dos direitos humanos e perseguições; em resposta aos danos provocados por mudanças climáticas, desastres naturais ou outros fatores ambientais.

Dados mais atuais referentes a Portugal, demonstram que existiram 189.376 imigrantes permanentes em 2023 (PORDATA, 2024). Embora a pandemia Covid-19 tivesse conduzido a

alterações rígidas na liberdade de circulação de pessoas em todo o mundo e, por isso, ter-se tornado um fator limitativo para a migração, outros fatores são apontados para este crescimento nos últimos anos. Comparando com 2013, num período de 10 anos até 2023, verifica-se um aumento exponencial de imigrantes, com 17.757 registados (PORDATA, 2024). Especificamente, são mencionados conflitos na Ucrânia, Gaza, República Árabe da Síria, Iémen, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Sudão, Etiópia e em Myanmar e catástrofes relacionadas com o clima e condições meteorológicas no Paquistão, Filipinas, China, Índia, Bangladeche, Brasil e na Colômbia. Mais recentemente, o sudeste da Turquia e o norte da República Árabe da Síria sofreram vigorosos terremotos e, claro, a forte invasão da Ucrânia pela Rússia, que provocou a maior deslocação de pessoas na Europa desde a Segunda Guerra Mundial (IOM, 2024).

Nos últimos anos, a migração feminina tem igualmente sofrido um aumento, refletindo que muitas mulheres atualmente tomam essa decisão de forma autónoma, com base em projetos pessoais independentes, sejam eles emancipadores, pessoais ou profissionais (Barakat, Santos e Amaral, 2022). Dados estatísticos relativos a 2023 exibem que 88.217 mulheres imigraram permanentemente para Portugal, num total de 189.376 imigrantes, o que constituiu 47% dos migrantes internacionais (PORDATA, 2024).

Ramos (2021) descreve a população migrante como um grupo vulnerável, devido à sua heterogeneidade e diversidade, acrescentando que, caso detenham baixos níveis de escolaridade e de qualificação profissional, são sujeitos a contratos de trabalho temporários, com exercícios de funções menos qualificadas e perigosas, com uma remuneração salarial baixa e instável, e a um maior risco de acidentes e doenças profissionais. No entanto, é crucial mencionar que as mulheres migrantes enfrentam maior vulnerabilidade em comparação aos homens, o que pode resultar em processos de inadaptação, conflitos, preocupações, doenças e impactos psicossociais (Barakat, Santos e Amaral, 2022). A inserção no mercado de trabalho é mais difícil, com maior exposição ao desemprego, e quando conseguem emprego, a remuneração tende a ser inferior à dos homens, estão mais sujeitas à exploração, assédio, maus-tratos, desrespeito cultural e, além disso, condições habitacionais e económicas precárias, isolamento social, barreiras linguísticas e dificuldades para se adaptar às normas socioculturais do novo país promovem a exclusão social e cultural destas mulheres, diminuem a integração e a participação na vida coletiva e o acesso a serviços sociais e de saúde, aumentando a ansiedade e a vulnerabilidade e, assim, tendo impacto na saúde mental e física e a qualidade de vida (Barakat, Santos e Amaral, 2022).

A Eurostat (2024) acrescenta, ainda, que a população estrangeira é mais jovem do que a população nacional. De acordo com o Relatório de Migração, Fronteiras e Asilo 2022 (SEF, 2023), a população potencialmente ativa representa 77,1% dos cidadãos estrangeiros residentes, com preponderância do grande grupo etário 25-44 anos. A 1 de janeiro de 2023, a idade mediana da população total da união europeia era de 44,5 anos, e a idade mediana dos imigrantes era de 30,5 anos (Eurostat, 2024). Especificando para Portugal, dos 117.843 imigrantes permanentes em Portugal em 2022 (homens e mulheres), 66.245 estavam em idade

fértil, representado uma percentagem de 56% (PORDATA, 2023). Desta forma, a taxa bruta de natalidade feminina das populações de nacionalidade estrangeira é classificada como mais favorável em relação à portuguesa, que se pode justificar à faixa etária, uma vez que existe maior concentração de pessoas em idade fértil, traduzindo-se numa maior fecundidade das mulheres estrangeiras em comparação às mulheres portuguesas nacionais, contribuindo para a demografia portuguesa (Oliveira, 2023). Estes dados podem-se correlacionar com o aumento do número de nascimento em Portugal de mãe estrangeiras. Dos 85.699 nascimentos de nados-vivos de mães residentes em Portugal em 2023, 18.734 foram de mães estrangeiras, o que representa 21,8% dos nascimentos ocorridos em Portugal. Em oposição, em 2013, dos 82.787 nascimentos de nados-vivos de mães residentes em Portugal, apenas 7.405 foram de mães estrangeiras (PORDATA, 2023), podendo-se assim concluir que o número de partos de mulheres migrantes duplicou num período de 10 anos.

O Artigo nº 64 de 10 de Abril de 1976, da Constituição da República Portuguesa, assegura o direito de todos à proteção da saúde, promovendo um serviço nacional de saúde universal e gratuito e estabelecendo que o Estado deverá conceber condições para a prevenção e tratamento de doenças, garantir acesso equitativo a cuidados de saúde e supervisionar a atividade privada e social na área da saúde. Deste modo, independentemente das características dos contextos culturais e sociais, das perspetivas sobre saúde e doença e das estratégias de intervenção, certos princípios éticos devem ser respeitados, como a não discriminação e o direito à saúde, uma vez que a saúde é um direito dos cidadãos, onde todos possuem igual valor e devem ser respeitados de acordo com as diferenças (Sacramento et al., 2020).

Para que se assista a uma vivência em harmonia, justa e equitativa, em todos os contextos (sociais, educacionais, económicos, religiosos, sanitários, políticos e mediáticos), torna-se fulcral adotar novas práticas. Especificando, é crucial partilhar e conviver com tradições, conhecimentos, habilidades e saberes distintos dos nossos (Ramos, 2013; Sacramento et al. 2020). De acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, é fundamental garantir a proteção de todos os membros da sociedade contra qualquer forma de discriminação, visto que a igualdade de direitos e o respeito devem ser mantidos em todos os momentos, independentemente da identidade de género, raça ou cor da pele, língua, religião, origem nacional ou qualquer outra diferença (Decreto-Lei nº 57/78, 1978). Em todo o mundo, podem existir pessoas e/ou grupos em situação de vulnerabilidade, que necessitam de recursos de proteção para defender seus direitos e que enfrentam estigmas, marginalização e discriminação, incluindo os migrantes, que podem estar em situação de vulnerabilidade relacionada ao processo migratório (Organização Internacional para as Migrações, 2000).

A migração é um fenómeno complexo e diversificado, influenciado por uma infinidade de variáveis, como motivos pessoais, políticos, económicos e sociais. Essa diversidade de experiências migratórias reflete-se na forma como as pessoas comunicam durante o processo de migração e integração em novos contextos culturais (Alloatti, 2022). A conexão entre migração e comunicação apresenta diversas facetas derivadas da diversidade cultural, de

situações específicas, de momentos históricos e das pessoas envolvidas. Uma perspetiva básica da comunicação considera dois ou mais interlocutores, informações transmitidas, e os canais pelos quais essa comunicação ocorre (oral, escrita ou visual). Refere-se a um fenómeno complexo, influenciado por fatores como o contexto, a situação e as características individuais de cada pessoa envolvida. Quando essa comunicação acontece em diferentes idiomas, e envolve múltiplos códigos culturais, torna-se ainda mais desafiadora (Alloatti, 2022).

A comunicação é definida como uma ação imprescindível para o ser humano, com a intenção de transmitir uma ideia, com o propósito de ser interpretada por meio de palavras, gestos, sons, imagens e sentidos, de forma planificada, consciente e associada aos processos de socialização. É enviada e compreendida pelo emissor e recebida e compreendida, igualmente, pelo recetor, onde ambos se inserem num meio culturalmente similar, e de reconhecimento comuns (Cardoso, 2023c). As principais componentes da comunicação incluem o conteúdo cognitivo, com a troca verbal de informação, e o conteúdo afetivo/emotivo, através do comportamento não verbal, e da forma de estar e ser da pessoa que, dependente da forma como é compreendida, influenciará as emoções sentidas pelo outro. Consequentemente, a comunicação é diretamente influenciada pelo nível de intensidade dos sentimentos e emoções, podendo evoluir desde uma comunicação mais factual e impessoal, até uma comunicação mais pessoal e profunda, promovendo a partilha das emoções e sentimentos do outro (Phaneuf, 2005).

Pires (2021) afirma que os estudos interculturais e da língua assumem-se como “uma das melhores soluções para compreender as diferenças entre as diversas comunidades em todo o mundo e para lidar com as várias desigualdades em prol do bem comum da humanidade (p. 109). O Instituto Nacional de Estatística (INE), através do Inquérito às Condições Origens e Trajetórias da População Residente em Portugal (2023), concluiu que existem 247 mil de pessoas que não falam português em casa até aos 15 anos, em que 56,9% falam uma língua de países europeus, 21,7% falam outras línguas e 18,5% uma língua ou dialeto dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP). Com referido inquérito, foi igualmente possível analisar que 50,9% pessoas que não nasceram em Portugal, e que chegaram com 6 ou mais anos de idade, afirmaram compreender muito bem ou bem a língua portuguesa na chegada a Portugal, enquanto 20,6% compreendiam mal ou muito mal e 27,2% não compreendiam a língua de todo. Referindo a linguagem oral, 42,9% designaram que falavam muito bem ou bem, 28,1% falavam mal ou muito mal e 27,8% não falavam nada de português (INE, 2023).

Desta forma, e tendo em conta os valores estatísticos apresentados, depreende-se que devido à presente crescente diversidade cultural, linguística, social e comportamental, torna-se necessário repensar a abordagem metodológica e epistemológica da comunicação, comportamento e competência intercultural em saúde, com o intuito de fornecer cuidados culturalmente sensíveis e congruentes. Além disso, é importante notar que as dificuldades sentidas são tanto para os migrantes, quanto para os profissionais de saúde (Ramos & Rangel-S, 2017). Topa (2016) citado por Reis e Coutinho (2022), refere que o cuidado a migrantes

exige um planeamento por parte dos profissionais de saúde, de acordo com as necessidades dos mesmos. Deste modo, os profissionais de saúde deverão desenvolver uma abordagem integrada, holística e multi/interdisciplinar da saúde dos migrantes, tendo como foco o reconhecimento das fragilidades, desigualdades e discriminações existentes, e valorizando os direitos humanos, qualidade, equidade, informação e comunicação adequadas e culturalmente competentes (Ramos, 2021).

A comunicação intercultural é caracterizada como a interação entre pessoas que, possuindo referências culturais diversas, se reconhecem como pertencentes a culturas e/ou grupos distintos. É no contato com aqueles que percebemos como diferentes, que atribuímos uma identidade separada da nossa, ou seja, identificamos a pessoa como distinta. Esta comunicação aborda três elementos essenciais: A) Cultura, que se refere aos modos de agir e pensar, e aos significados partilhados por um grupo de pessoas, que evoluem ao longo do tempo e variam conforme os contextos e as pessoas; B) Identidade, que representa a assimilação da cultura, criando um sentido próprio ao interagir com outras dimensões, como género, trabalho, família e região; C) Comunicação, que diz respeito à troca de mensagens entre duas ou mais partes por meio de canais verbais, como documentos, cartazes e mensagens de texto, e não verbais, como gestos, ilustrações e músicas (Alloatti, 2022).

No Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados ESMO (2018) é anunciada a importância do desenvolvimento de competências de comunicação, uma vez que se torna primordial no estabelecimento de uma relação terapêutica com a mulher e respetivas pessoas significativas, e permitirá uma prestação de cuidados holísticos, considerando as necessidades cognitivas, emocionais, sociais e culturais. As competências necessárias para exercer funções em ambientes multiculturais podem ser categorizadas: A) Competências Individuais: refere-se às atitudes e comportamentos que promovem interações harmoniosas, reflexão crítica e descentralização; B) Competências Interculturais: incluem habilidades linguísticas, de comunicação e de formação que facilitam a prestação de cuidados culturalmente competentes; C) Competências de Cidadania: englobam habilidades que possibilitam relações eficazes em contextos organizacionais e sociais diversos; D) Competências Tecnológicas: principalmente relacionadas às tecnologias da informação e comunicação, que permitem a integração e a consciencialização cultural (Ramos & Rangel-S 2017).

Alloatti (2022), no Guia de Comunicação Interculturais define que as competências interculturais são classificadas em dois tipos: cognitivas e emocionais. Ambos requerem uma atitude ativa, um esforço intencional por parte de quem as aplica para o seu desenvolvimento seja efetivo. As competências cognitivas correspondem ao nosso entendimento do contexto, dos valores, dos códigos, dos significados e das formas de agir (que nos são desconhecidas), exigindo assim uma postura aberta, reflexiva e autocrítica. As competências emocionais dizem respeito à capacidade de identificar, respeitar e corresponder às emoções envolvidas na interação com outra pessoa, especialmente em situações que podem produzir angústia por se encontrarem num sítio novo e desconhecido (por exemplo: procedimentos de regularização,

denúncia de abusos ou falta de documentos, situação de vulnerabilidade, com deslocamento forçado em contextos de emergência, perseguições, discriminação, violência e fome). Estas competências incluem, igualmente, comportamentos verbais e não verbais, nomeadamente o tom e volume de voz, a linguagem corporal, o cuidado por assegurar as necessidades básicas e o reconhecer a ansiedade e a angústia (Alloatti, 2022). Bastos (2014) classifica a competência de comunicação intercultural como complexa e multidimensional e, embora reconheça a importância atribuída a cada uma das áreas, considera que a componente emocional constitui a base da competência de comunicação intercultural.

É nos serviços de saúde que, frequentemente, surgem os primeiros obstáculos com utentes de minorias étnicas ou migrantes, devido às barreiras linguísticas, étnicas e culturais, assim como à falta de escuta qualificada (Sacramento et al., 2020). Com enfoque na ética nos cuidados de saúde, é crucial que esses serviços considerem a cultura dos utentes, recorrendo a uma linguagem acessível e compreensível, de forma a transmitir informações sobre saúde/doença, fatores de proteção, medicação/recomendações, prescrições a submeter (Ramos, 2021). O TP é definido como um conjunto de fenómenos fisiológicos induzidos ou espontâneos, que originam o apagamento cervical, dilatação do colo do útero, progressão fetal no canal de parto e expulsão do feto (Fatia e Tinoco, 2016). A Organização Mundial da Saúde ([OMS], 2018) define uma experiência de parto positiva como uma experiência que alcança ou exceda as crenças e expectativas pessoais e socioculturais idealizadas pela mulher, incluindo o nascimento de um bebé saudável, num ambiente clínico e psicologicamente seguro, com o apoio de um acompanhante e de profissionais de saúde afáveis e tecnicamente competentes. A comunicação efetiva, entre as parturientes e os profissionais de saúde, assume-se como uma das 56 recomendações nos cuidados intrapartos estabelecidas pela OMS (2018), em que deverão ser utilizados métodos simples e culturalmente aceitáveis.

Humanizar o cuidado à mulher e sua família, durante o TP e parto, consiste no respeito pelo tempo da mulher no processo no momento do parto, diminuir intervenções desnecessárias impostas pelas práticas rotineiras hospitalares e, ainda, reconhecer os aspetos culturais próprios da mulher, dentro do seu contexto de vida (Gracio et al., 2020). Nunes e Monte-Mor (2019) referem, igualmente, que o parto culmina numa das experiências humanas mais significativas da mulher, no entanto, e embora o parto esteja associado a expectativas positivas, existem aspetos que as parturientes referem como prejudiciais para o momento: medo da dor e da morte, e desumanização dos profissionais de saúde. Ramos (2021), afirma que muitas das dificuldades das populações migrantes e minorias étnicas se relacionam, principalmente, com questões comunicacionais ao nível interpessoal e organizacional, e com a escassez de informação, tanto a nível destes grupos, como dos profissionais e serviços de saúde, relativamente à legislação e aos direitos e deveres. Na área da saúde materna e obstétrica (SMO), as mulheres enfrentam grandes desafios na acessibilidade aos cuidados de saúde e, em específico no momento da gravidez, parto e puerpério, estas dificuldades aumentam, uma vez que é um período de maior risco para doenças e vulnerabilidade (Reis & Coutinho, 2022).

Conforme expresso por Ramos (2021), é necessário que a comunicação em contexto de saúde seja adaptada às capacidades cognitivas, tanto a nível cultural/educacional, como a nível das necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas do utente. É, assim, essencial estabelecer uma relação de confiança e compreensão entre os migrantes que procuram cuidados de saúde e os profissionais de saúde, demonstrando disposição e dedicação de acordo com a cultura, hábitos, crenças, valores e idioma. Quanto ao desenvolvimento de uma relação empática correlacionado com os cuidados entre profissionais de saúde e migrantes utilizadores dos serviços de saúde, Reis (2015) destaca a importância dos mediadores interculturais como facilitadores ao longo do processo de cuidados, desde a anamnese até ao planeamento dos cuidados, contribuindo para a prestação de cuidados mais seguros e satisfatórios às pessoas migrantes. A autora identifica aspetos cruciais, como crenças, idiomas, grau de integração na cultura de acolhimento, etnia e religião.

Santiago (2020), refere os fatores provenientes das características de personalidade, das vivências e até das circunstâncias de vida influenciam a interação entre a mulher migrante e o enfermeiro, assim como o ambiente físico, o período e a frequência em que as interações ocorrem. Especificando, a gestão da comunicação entre os profissionais de saúde e a parturiente que envolva disponibilização de informação acerca da prestação de cuidados, procedimentos e terapêutica, promovem conforto, segurança e participação ativa da mulher no seu TP, potenciando uma experiência positiva (Nunes & Monte-Mor, 2019). Santiago (2020) reforça, referindo que uma atitude de respeito por parte da enfermeira, permite que a mulher migrante se sinta respeitada nas suas barreiras linguísticas, reduzindo a ansiedade, exposição desconfortável e medo da crítica. Na ESMO, a comunicação é crucial, sendo que a sua eficácia depende da flexibilidade, eficiência e empatia do enfermeiro. Porém, esta comunicação pode refletir tanto igualdade, quanto desigualdade, determinando as relações de poder entre a mulher migrante e o enfermeiro. Especificando, o facto de a mulher se encontrar deitada e o enfermeiro em posição vertical transmite uma visão privilegiada do ambiente, quando comparada à utente; a roupa que a mulher possui, maioritariamente, não permite garantir a sua intimidade; o desconhecimento sobre a estrutura e sobre a prestação de cuidados na maternidade promove insegurança e medo, em oposição ao enfermeiro está no seu local habitual de exercício de funções; e, por fim, salientar que a mulher se encontra, muitas vezes, em situação de vulnerabilidade e dependência do enfermeiro (Coutinho, et al. 2016).

A comunicação com a mulher migrante deve ser encarada como um processo interativo e pluridirecional, influenciado pelas aptidões de cada um, tendo por base comportamentos e atitudes que potenciam o respeito mútuo, permitem a abertura à comunicação e ao recurso de estratégias de comunicação de forma a facilitar a partilha da mulher, possibilitando que a mulher se sinta aceite, compreendida e que estabeleça uma relação de confiança (Santiago, 2020). De acordo com Campinha-Bacote (2002, 2008, 2011), a competência cultural caracteriza-se por um processo onde existe um esforço contínuo, por parte dos profissionais de saúde, atingindo a capacidade de exercer funções eficazmente, dentro do contexto cultural de cada utente (pessoa, família, comunidade). O seu modelo de competência cultural assenta em

quatro pressupostos fundamentais: a competência cultural é um processo dinâmico; dentro de cada um dos diferentes grupos culturais, existem mais variações do que entre eles; a competência cultural dos profissionais de saúde está intimamente ligada com serviços que prestam cuidados culturais a pessoas etnicamente distintas; são enfatizados cinco elementos imprescindíveis no desenvolvimento da competência cultural, nomeadamente consciência cultural, conhecimento cultural, competência cultural, encontro cultural e desejo cultural, que serão abordados em seguida (Campinha-Bacote, 2002, 2008, 2011; Anand & Lahiri, 2009).

A consciência cultural é crucial para reconhecer os próprios preconceitos e suposições em relação a pessoas de diferentes culturas, pois esses fatores podem influenciar as interações. O conhecimento cultural permite adquirir uma base educacional sólida sobre as diferentes culturas, incluindo crenças e valores relacionados à saúde, incidência e prevalência de doenças, e eficácia do tratamento, sendo assim possível desenvolver a capacidade de compreender a perspetiva de cada utente, sua interpretação da doença e o contexto do seu pensamento. A competência cultural torna-se imprescindível para realizar uma colheita de dados culturalmente relevante, em relação aos problemas apresentados pelo utente, considerando as crenças, valores, práticas e modos de vida individuais do mesmo. Os encontros culturais são fundamentais para a interação intercultural com utentes de origens culturalmente diversas, visando aprimorar ou alterar percepções/crenças existentes sobre uma cultura, evitando estereótipos. Por fim, o desejo cultural é a motivação do profissional de saúde se envolver ativamente no processo de desenvolvimento da consciência cultural, conhecimento cultural, habilidade cultural e experiência em encontros culturais, tornando-o culturalmente consciente, bem informado, habilidoso e apto a lidar com situações interculturais de forma mais eficaz e eficiente (Campinha-Bacote, 2002; 2008; 2011; Anand & Lahiri, 2009).

Na prática clínica com migrantes, Campinha-Bacote (2011) destaca que a cultura é sempre um elemento que pode gerar conflitos, uma vez que é nela que estão enraizados os fundamentos identitários de cada pessoa. Além disso, enfatiza que as situações de conflito cultural são oportunidades valiosas para os enfermeiros desenvolverem a sua compaixão. Destaca-se que cultivar a compaixão é uma dimensão importante na prática clínica de enfermagem, pois requer que os estudantes e enfermeiros compreendam as situações do ponto de vista do "outro", e se comprometam a fazer uma autorreflexão sobre como as suas ações afetam as outras pessoas. Isso pressupõe que, quem cuida, deve-se respeitar profundamente a si mesmo, sem negar os seus próprios valores e crenças. Desta forma, pretende-se que o EEESMO desenvolva a sua competência cultural, enunciada por Campinha-Bacote (2002; 2008), sempre com um elevado nível de consciencialização e sensibilidade, com abertura para as crenças, valores e comportamentos culturais. Tem-se como objetivo que estes profissionais de saúde compreendam a mulher, que vivencia um processo de maternidade, desde a conceção ao nascimento, e a sua especificidade cultural, tendo sempre a percepção que os componentes culturais se associam e sobrepõem de forma tão intensa, que o ciclo gravídico-puerperal remete inequivocamente a pertenças míticas e culturais, de acordo com as crenças, valores e convicções individuais (Parreira, Coutinho & Néné, 2016).

2. METODOLOGIA

A excelência na prestação de cuidados deve ser a prioridade de todos os profissionais de enfermagem ao longo da vida profissional, nas diversas áreas da sua competência. Dado que o conhecimento é um processo contínuo em desenvolvimento, é compreendido que as competências devem seguir esse progresso (OE, 2018).

Neste capítulo são descritas as duas estratégias metodológicas utilizados para suportar uma prática baseada em evidência (PBE), tendo por base os princípios éticos e deontológicos no exercício da profissão de enfermagem: ScR e estudo qualitativo.

2.1 SCOPING REVIEW

A ScR possui, segundo Peters et al. (2020), objetivos: mapear os conceitos primordiais que apoiam uma área de conhecimento; analisar a dimensão, alcance e essência da investigação numa área; sumarizar e partilhar os dados de investigação e reconhecer as limitações de investigações já realizadas; proporcionar uma visão ampla da evidência atual. Desta forma, constitui-se com um instrumento crucial para a Enfermagem enquanto ciência e profissão, suportando assim a PBE (Amendoeira, 2022). A realização da presente ScR regeu-se pelas diretrizes recomendadas por Peters et al. (2020), expostas no *Joanna Briggs Institute® (JBI) - Manual for Evidence Synthesis*. Pode ser consultada, na íntegra, no Apêndice 1.

Através da questão de pesquisa: “Quais as evidências relativas à comunicação intercultural com a mulher migrante nos cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica durante o trabalho de parto e parto?”, definiu-se como objetivo mapear a evidência científica disponível acerca da comunicação intercultural com a mulher migrante nos cuidados especializados de ESMO durante o TP e parto.

Após a definição da questão de pesquisa e do objetivo, definiram-se os critérios de inclusão, com recurso à mnemónica PCC, como se pode observar no quadro 1.

Quadro 1: Critérios de elegibilidade

População	EEESMO, Mulheres migrantes em TP ou parturientes migrantes.
Conceitos	Comunicação Intercultural, Cuidados de Enfermagem, Migração, TP.
Contexto	Locais onde ocorre o parto, excluídos partos no domicílio.
Tipos de estudo	Todo o tipo de estudos, revisões sistemáticas e literatura cinzenta.

No início da estratégia de pesquisa, foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados *ESBCO* e *PubMed* de forma a identificar as palavras-chave empregues nos títulos e resumos, assim como os termos de indexação. Na segunda etapa, realizou-se uma pesquisa dos descritores *MeSH*, identificados na plataforma *MeSH Browser*, com recurso ao booleano *AND*, que evidenciavam resultados nas plataformas de pesquisa: *Cultural Competenc**; *Midwif**; *Childbirth*; *Communication*. Seguidamente, para redigir a expressão de pesquisa, procedeu-se

à realização da pesquisa nas plataformas de pesquisa *PubMed* e *EBSCOhost*, nas respetivas bases de dados *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*; *MedicLatina*; *Business Source Complete*, e na literatura cinzenta, nomeadamente *Scielo*. Como critérios de exclusão foram considerados artigos sem a população de interesse e com partos realizados no domicílio. Para a realização desta pesquisa, definiram-se como limitadores gerais: *title/abstract*, *free full text* e friso cronológico de 5 anos. Os limitadores específicos de cada base de dados podem ser consultados no protocolo da *ScR*, em Apêndice 1.

Porém, a conjugação do termo *Communication* com o booleano *AND*, com os restantes termos, resultou num número reduzido de artigos. O aumento do friso cronológico também não se demonstrou pertinente, pelo que se manteve os últimos 5 anos para garantir a informação mais recente. Foi, neste sentido, necessário realizar uma nova pesquisa, introduzindo-se três termos relevantes e também validados pela plataforma *Mesh*: *Culture*; *Labor*; *Maternity*, com recurso ao booleano *OR*. Foi, ainda, estendido às bases de dados: *Academic Search Complete* e *Business Source Complete*, tendo sido definidos igualmente os limitadores universais anteriormente referidos e, como limitadores específicos: Texto completo em PDF.

A pesquisa foi efetuada entre outubro e dezembro de 2023, com a expressão de pesquisa: *(Cultural Competenc* OR Culture) AND Midwif* AND (Labor OR Childbirth OR Maternity) AND Communication*. Após o processo descrito, seguiu-se para a etapa de seleção de estudos com recurso ao *PRISMA 2020 Flow Diagram* (Figura 1), e tendo como base a questão de investigação anteriormente referida.

A primeira etapa do *PRISMA*, designada de *Identification*, decorre dos resultados da pesquisa nas plataformas e nas bases de dados acima referidas. Obteve-se um total de 45 artigos, sendo que destes, foram removidos 22 artigos por se encontrarem duplicados. Na etapa *Screening*, pela leitura do título e do resumo de cada artigo, com o intuito de verificar a presença dos critérios de inclusão relativamente ao participante e presença de pelo menos um conceito, foram rejeitados 18. Posteriormente, foi realizada uma leitura e análise do texto completo dos 5 artigos selecionados, com avaliação da qualidade metodológica e de acordo com os critérios de inclusão definidos, não se tendo identificado nenhum motivo de exclusão. Esta etapa foi realizada por dois revisores independentes. Na última etapa *Included* foram incluídos 5 artigos para a presente *ScR*.

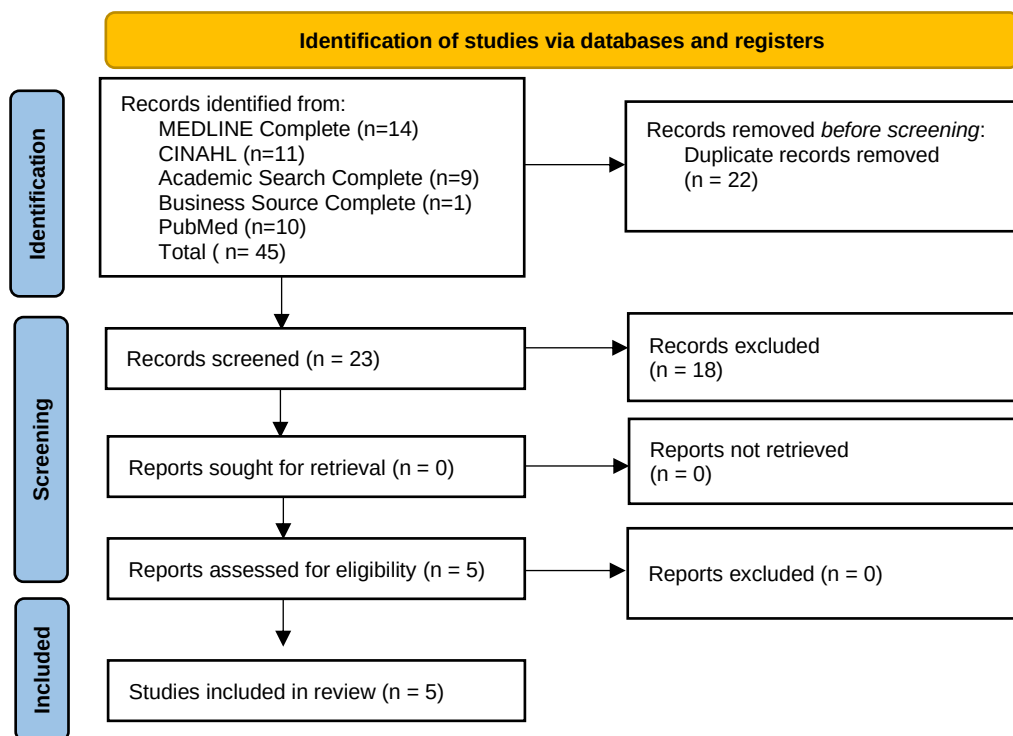


Figura 1: PRISMA 2020 Flow Diagram.

Fonte: Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T E., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E. ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372 (71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Os dados dos artigos, incluídos para a presente *ScR*, foram extraídos através de instrumento de extração adaptado, elaborada por dois revisores independentes, segundo as orientações metodológicas do *JBPI*® (2020). Neste instrumento, que pode ser consultado no Quadro 2, integram-se 9 questões que possibilitam o reconhecimento do artigo, nomeadamente: a identificação do estudo, o título, o país de origem, a plataforma de pesquisa, o ano de publicação, o nível de evidência científica alcançado, os objetivos e os participantes, a metodologia, os resultados e os contributos para a questão de revisão.

Quadro 2: Instrumento de extração de dados adaptado

Artigo	Metodologia	Resultados	Contributos para a questão de revisão
A1: <i>UK maternity care experiences of ethnic minority and migrant women: Systematic review</i> Reino Unido ESBCO 2023 Levels of evidence for meaningfulness: 1. <i>Qualitative or mixed-methods systematic review</i>	Revisão sistemática de literatura Objetivo: Explorar as experiências dos cuidados prestados a mulheres migrantes e provenientes de minorias étnicas, nas maternidades do Reino Unido. Foram selecionadas as bases de dados: <i>SCOPUS, PubMed, MEDLINE, CINAHL, MIDIRS, APA PsycInfo, Web of Science</i> e, ainda, <i>Google Scholar</i>. Através do diagrama de fluxo <i>Prisma</i>, foram incluídos nove estudos qualitativos, sendo que a sua qualidade foi avaliada segundo a <i>checklist CASP (Critical Appraisal Skills Programme)</i>. Para a extração de dados, foi desenvolvida uma ferramenta pelos autores com base em ferramentas já utilizadas noutros estudos semelhantes. A análise de dados foi realizada através da análise temática de Braun e Clarke (2006), que contemplou as seis etapas padronizadas.	Os resultados mostraram que a maioria das mulheres migrantes tiveram experiências negativas enquanto utilizavam os serviços de maternidade. Destaca-se incompreensão verbal, informações escritas, barreiras linguísticas, problemas com intérpretes e sem oportunidade de se expressarem. A barreira linguística pode desencadear mal-entendidos, limitar a compreensão de informações importantes, expor tanto a mãe quanto o bebé a potenciais riscos e até conduzir a comportamento agressivo por parte dos profissionais. Embora a utilização de intérpretes profissionais tenha sido considerada útil, também foram identificadas barreiras à sua utilização incluindo a acessibilidade dos mesmos, conveniência, confidencialidade, qualidade e conforto do utente. Algumas mulheres identificaram a alteração de profissionais de saúde como um agente de <i>stress</i> na comunicação.	A maioria das experiências, nas maternidades do Reino Unido, das parturientes são negativas devido à comunicação, nomeadamente: incompreensão verbal e escrita, barreiras linguísticas e problemas com intérpretes. Este fato pode acarretar riscos para a mãe e para o recém-nascido, devido a dificuldades na compreensão da mensagem ou a mal-entendidos. Identifica-se que os profissionais de saúde não permitem oportunidades de expressão ou não a valorizam e, por vezes, apresentam comportamentos agressivos devido à barreira linguística.
A2: <i>Understanding the relationship between maternity care providers and middle-class Chinese migrant women in the Netherlands: A qualitative study</i> Holanda ESBCO 2023	Estudo qualitativo Objetivo: Fornecer informações acerca da formação e da qualidade da relação na prestação de cuidados na maternidade, entre EEESMO's, assistentes de cuidados de maternidade e mulheres migrantes chinesas, de classe média, na Holanda. População/amostra: 46 mulheres migrantes chinesas, 13 EEESMO's holandeses e 12 assistentes de maternidade holandeses. Técnica de colheita de dados: Recorreu-se a entrevistas aprofundadas digitalmente, através de chamadas de áudio entrevistas, mensagens de texto e mensagens de voz. Antes da entrevista, todas as mulheres chinesas completaram a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) ou uma	Na China, onde o modelo de cuidados altamente medicalizados está presente, as mulheres chinesas estão frequentemente habituadas a uma gravidez altamente controlada. Foi concluído que, mesmo com menos barreiras linguísticas e uma comunicação mais eficaz, as mulheres migrantes chinesas de classe média sentiram uma falta de compreensão nas preferências por cuidados mais medicalizados. Observou-se que surgiram mal-entendidos e percepções erradas devido às barreiras linguística e culturais, devido a questões culturais. A prestação de cuidados culturalmente sensíveis deve enfatizar o desenvolvimento da autorreflexão dos profissionais de saúde em relação às próprias identidades culturais,	A barreira linguística é identificada como primordial no surgimento de mal-entendidos, assim como as próprias diferenças culturais. Os profissionais de saúde devem realizar uma prestação de cuidados culturalmente sensíveis, reconhecendo a complexidade dinâmica das identidades culturais, respeitando as mulheres, escutando com empatia as suas experiências e

Levels of evidence for meaningfulness: 3. <i>Single qualitative study</i>	versão vitalícia da EPDS. As mulheres com pontuação 9 ou superior foram convidadas para a entrevista. Recorreu-se, ainda, à observação participante, para explorar as relações das mães migrantes chinesas (incluindo gestantes) com prestadores de cuidados das maternidade holandesas. O tipo de amostragem foi a bola de neve, de forma a ultrapassar superar as limitações geográficas de acessibilidade durante a pandemia COVID-19. Foi utilizada a abordagem da teoria fundamentada e a análise temática para a análises dos dados.	possibilitando assim a sua envolvimento com as diferenças das mulheres. É essencial que os profissionais de saúde que prestam cuidados nas maternidades reconheçam a complexidade dinâmica das identidades culturais das mulheres, e a respeitem e que ouçam com empatia as experiências de vida, preferências e preocupações destas, em vez de assumirem a “cultura” numa categoria simplista, baseada na etnia e na geografia, e negligenciarem a subjetividade dos indivíduos.	preocupações, sempre com enfoque no desenvolvimento da autorreflexão das próprias identidades culturais, envolvendo-se com as diferenças das mulheres e família.
A5: <i>How is cultural safety understood and translated into midwifery practice? A scoping review and thematic analysis</i> Austrália ESBCO 2022 Levels of evidence for meaningfulness: 1. <i>Qualitative or mixed-methods systematic review</i>	Scoping Review Objetivo: Identificar e compreender a compreensão das EEESMO's australianas sobre segurança cultural, e como isto se traduz na sua prática quando cuidam de mulheres e famílias das Primeiras Nações (pessoas que se identificam como Aborígenes e/ou Insulares do Estreito de Torres). A ScR foi realizada através do processo de cinco etapas de Arksey e O'Malley (2005): identificação da questão de pesquisa; identificação de estudos relevantes; seleção dos estudos; mapeamento dos dados; comparação, resumo e relato dos resultados. Foram selecionadas as bases de dados: CINAHL Ultimate, Embase, PubMed, OVID e ainda, o Google Scholar. Através do diagrama de fluxo Prisma, foram incluídos doze estudos. Para a extração de dados, foi desenvolvida uma ferramenta padronizada pelos autores. A análise de dados foi realizada através da análise temática de Braun e Clarke (2006), que contemplou as seis etapas padronizadas.	Os EEESMO's, na maioria dos estudos, descreveram os seus esforços para construir uma relação com as mulheres das Primeiras Nações, em que os desafios da comunicação foram superados através da adaptação aos estilos de comunicação das mulheres, da comunicação não verbal e do recurso de familiares como intérpretes. Foram considerados componentes vitais do cuidado culturalmente seguro: ser adaptável, ser capaz de construir uma relação com as mulheres e envolver-se numa comunicação culturalmente segura e intuitiva. Foi ainda concluído que a prática dentro de um modelo de continuidade de cuidados melhorou, significativamente, a comunicação e proporcionou a criação de uma relações de confiança com as mulheres.	O cuidado culturalmente seguro inclui que o enfermeiro seja adaptável aos estilos de comunicação verbal e não verbal, com capacidade de estabelecer uma relação com as mulheres através de uma comunicação culturalmente segura e intuitiva e, se necessário, com o recurso de familiares como intérpretes.
A6: <i>Experiences of midwives regarding provision of culturally competent care to women receiving maternal care in South Africa</i> África do Sul	Estudo descritivo qualitativo Objetivo: Explorar e descrever as experiências dos EEESMO's que prestam cuidados culturalmente competentes a mulheres que recebem cuidados maternos em hospitais públicos distritais, regionais e terciários na Província do Noroeste. População/amostra: 34 EEESMO's, com vínculo permanente, que prestavam cuidados num dos hospitais públicos selecionados, e tivessem pelo menos um ou mais anos de experiência profissional numa maternidade, dominassem o idioma inglês e disponibilizem o consentimento informado.	OS EEESMO's assumem a comunicação como uma componente-chave da competência cultural. A comunicação ineficaz, como a capacidade de escuta inadequada e a existência de barreiras linguísticas entre EEESMO's e mulheres resulta, muitas vezes, numa participação limitada das mulheres. Os EEESMO's relataram que não conseguiam prestar apoio às mulheres devido à barreira linguística e à falta de intérpretes nos hospitais. O facto de os maridos/companheiros serem intérpretes podia ser um fator de preocupação, pelo risco de haver informações incorretas	As barreiras linguísticas e a capacidade de escuta inadequada pelos enfermeiros promovem uma comunicação ineficaz, o que limitará a participação das parturientes. A comunicação é fulcral no desenvolvimento da competência cultural, para uma prestação de cuidados de

ESBCO 2022 Levels of evidence for meaningfulness: 3. <i>Single qualitative study</i>	Técnica de colheita de dados: O método de colheita de dados foi a entrevista semiestruturada, realizadas entre novembro de 2018 e junho de 2019, que ocorreram até a saturação dos dados ser atingida. Foram gravadas digitalmente. As gravações de áudio foram transcritas por um transcritor independente. A análise dos dados foi de acordo com a abordagem genérica de análise qualitativa de Creswel (2014), combinada com as oito etapas de Tesch no processo de codificação.	comunicadas involuntariamente. As barreiras culturais envolvem a estrutura das instalações dos hospitais, o que torna impossível permitir diferentes práticas culturais. A pessoa de referência da mulher não estar presente na sala de parto, provoca desconforto e insegurança à parturiente. Os objetivos específicos de aprendizagem, relacionados com a competência cultural, devem ser incluídos nos métodos de ensino dos profissionais de saúde.	saúde maternos de qualidade, em que os enfermeiros devem adquirir habilidades de comunicação eficazes para uma população diversificada e as mulheres são envolvidas na sua experiência de parto. Durante o processo formativo dos enfermeiros, deve ser incluído a competência cultural.
A22: <i>Cultural influence on the expression of labour-associated pain</i> Espanha Pubmed 2022 Level 4 – Observational – Descriptive Studies: <i>Level 4.b – Cross-sectional study</i>	Estudo descritivo qualitativo, analítico e transversal Objetivo: Avaliar a expressão da dor durante o parto e os fatores associados, em mulheres que receberam cuidados numa cidade de Espanha População/amostra: A amostra foi composta, inicialmente, por 326 parturientes, tendo sido reduzida para 246 mulheres, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. A amostra final foi composta por gestações com feto único, sem administração de anestesia epidural ou que foram administradas durante a fase ativa do trabalho de parto, excluindo assim as epidurais que foram administradas numa fase inicial do TP. Técnica de colheita de dados: Disponibilizado um questionário referente a variáveis sociodemográficas e histórico obstétrico. Para avaliar a resposta da dor do trabalho de parto da mulher foi utilizada a Escala de Avaliação da Dor durante o Parto (ESVADOPA). Realizada uma análise de associação (tabelas de contingência) entre a identidade cultural das mulheres (variável independente) e os valores dos diferentes parâmetros da escala, bem como o valor total da ESVADOPA obtido, ambos na escala latente. e fases ativas (variáveis dependentes). Por último, foram realizados modelos de regressão linear múltipla para avaliar a associação entre identidade cultural, origem, barreira linguística e companheirismo durante o trabalho de parto.	Foi concluído que existe uma relação significativa entre a expressão e manifestação da dor do parto e a identidade cultural das parturientes. A influência da cultura aumentou a expressão da dor, especificamente à medida que o trabalho de parto progrediu e, em fases mais avançadas a influência cultural é ainda maior, uma vez que todas as dimensões estudadas são influenciadas pela cultura. Realça-se a importância da permanência da pessoa de referência das mulheres durante o trabalho de parto, uma vez que fornecem apoio, alívio não-farmacológico da dor e transmitem informações sobre o TP, superando lacunas de comunicação entre os profissionais de saúde e as parturientes. A barreira linguística torna a expressão da dor extremamente difícil de ser realizada, o que pode levar a uma subestimação da classificação da dor, a um controlo da dor insuficiente e a uma maior vulnerabilidade na prestação de cuidado destas mulheres em trabalho de parto. A barreira linguística foi evidenciada como um fator que aumenta a expressão da dor, principalmente na fase ativa do trabalho de parto, em comparação com mulheres que não apresentavam barreira linguística.	A existência de barreiras linguísticas promove uma maior vulnerabilidade dos cuidados a parturientes migrantes por parte dos profissionais de saúde. A identidade cultural das mulheres em trabalho de parto influencia tanto a manifestação, quanto a experiência da dor do parto. A expressão da dor durante o trabalho de parto e parto é maior nas mulheres migrantes com barreira linguística, podendo conduzir a uma maior vulnerabilidade na prestação de cuidados.

Dos 5 artigos expostos anteriormente, pode-se aferir que 4 são quantitativos e foram desenvolvidos no Reino Unido, Holanda, Austrália e África do Sul, e 1 artigo é quantitativo, desenvolvido em Espanha, entre os anos de 2015 e 2022. Após a análise destes artigos, foi elaborado um quadro (Quadro 3), que evidencia os conceitos emergentes da presente ScR, e que fazem menção às principais temáticas, nomeadamente: Barreira linguística, Intérpretes na sala de partos, Barreira cultural na prestação de cuidados na sala de partos, Importância da Pessoa de Referência na sala de partos, Continuidade de cuidados de EEESMO e Competência de Comunicação Intercultural.

Quadro 3: Conceitos emergentes nos artigos analisados

Conceitos	Artigos
Barreira linguística Intérpretes na sala de partos	Competência de Comunicação Intercultural Competência de Comunicação Intercultural
Barreira cultural na prestação de cuidados na sala de partos	A1; A2; A5; A6; A22.
Importância da Pessoa de Referência na sala de partos	A6; A22;
Continuidade de cuidados de EEESMO	A1; A5;
Competência de Comunicação Intercultural	A1; A2; A5; A6;

A discussão das evidências, correlacionando com os dados do estudo qualitativo, será integrada na discussão dos resultados, podendo-se consultar no subcapítulo 2.4.

2.2 TRABALHO DE CAMPO

Após mapear a evidência científica existente acerca da temática, tornou-se pertinente a realização de um estudo qualitativo descritivo e exploratório. A investigação qualitativa analisa fenómenos e procura compreendê-los de forma alargada, com o objetivo de desenvolver teorias (Fortin, Côté & Filion, 2009). Compreende-se como estudo descritivo, tendo em conta que se pretendeu identificar, descrever e analisar a experiência dos EEESMO na comunicação intercultural à mulher durante o TP e parto. Os estudos exploratórios têm como objetivo descrever ou caraterizar um fenómeno, para que se aprofunde o conhecimento acerca do mesmo (Fortin, Côté & Filion, 2009). Desta forma, compreende-se ainda como exploratório, tendo em conta que a temática, embora seja cada vez mais pertinente na sociedade atual é, ainda, insuficientemente explorado nesta dimensão.

Com o objetivo de analisar em que medida a comunicação intercultural com a mulher migrante é determinante nos cuidados especializados durante o trabalho de parto e parto, definiram-se como objetivos específicos: identificar as dificuldades na comunicação intercultural entre os EEESMO's e a parturiente migrante, na prestação de cuidados de enfermagem durante o TP e parto; perceber qual a influência das dificuldades na comunicação intercultural entre os EEESMO's e a parturiente migrante, na prestação de cuidados de enfermagem

durante o TP e parto; reconhecer os fatores do ambiente e as barreiras que dificultam a comunicação intercultural entre o EEESMO e a parturiente migrante em TP e parto; descrever as estratégias comunicacionais utilizadas pelos EEESMO's na interação com a parturiente migrante em TP e parto.

Participantes do estudo

A população pode-se definir como um conjunto de sujeitos que detêm características comuns, de acordo com os critérios estabelecidos (Fortin, Côté & Fillion, 2009). Os participantes do presente estudo são Enfermeiros no Serviço de BP que cumpram os seguintes critérios de inclusão: EEESMO; Exerçam funções no Serviço de BP pelo menos há 2 anos; EEESMO's que concordem com a participação no estudo. Foram eleitos de acordo com os critérios acima referidos, tratando-se de uma amostra por conveniência (Fortin, Côté & Fillion, 2009). Os EEESMO entrevistados têm idades entre os 35 e os 52 anos, todos do sexo feminino. Possuem entre 7 e 21 anos de experiência profissional em BP e de experiência com mulheres migrantes.

Instrumento de Colheita de dados

Este tipo de investigação requer o recurso a métodos que sejam facilitadores da colheita de informação, registo da mesma, análise, discussão e resultados. Um dos instrumentos de colheita de dados para uma metodologia qualitativa é a entrevista semi-estruturada, onde o fio condutor são os pontos de interesse que o investigador explora ao longo da entrevista (Fortin, Côté & Fillion, 2009). Desde modo, o instrumento de colheita de dados selecionado para o presente estudo foi a entrevista semi-estruturada, encontrando-se em apêndice o guião da mesma (Apêndice 2).

Colheita de dados

De acordo com Elhami & Khoshnevisan (2022) o local da entrevista é um fator que deve ser valorizado, sendo recomendado que o entrevistado se sinta seguro e confortável durante o decorrer da mesma. Um ambiente calmo, sem ruído e privado pode influenciar significativamente a qualidade dos dados recolhidos, uma vez que permite que o entrevistado se concentre, e a gravação das entrevistas fica mais nítida (Elhami & Khoshnevisan, 2022). Efetuaram-se cinco entrevistas no mês de abril, num gabinete da sala de partos onde o ensino clínico decorria, previamente elegido para o efeito, uma vez que era assegurado as condições mencionadas. Desta forma, as entrevistas decorreram num ambiente confortável e reservado, que facilitou a participação dos EEESMO's, garantindo a confidencialidade da informação que foi transmitida.

Tratamento e análise de dados

A análise de conteúdo designa as técnicas de análise das comunicações, que através de procedimentos sistemáticos e objetivos de explicação do conteúdo das mensagens, tem

como objetivo adquirir indicadores que possibilitem a dedução de conhecimentos em relação às condições de produção/receção das mesmas (Bardin, 2016). Os dados da entrevista foram tratados através da técnica de análise de conteúdo, com recurso à análise temática.

A exploração do material compreende um período relevante, uma vez que possibilita a riqueza das interpretações e inferências (Bardin, 2016). Desta forma, o tratamento e análise de dados foram realizados de acordo com as três fases estabelecidas por Bardin (2016): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, que inclui a inferência e interpretação. Posteriormente à realização das entrevistas, foi efetuada a transcrição das mesmas, conduzindo-se a um *corpus* de análise, que corresponde a 8 páginas transcritas A4, e que é definido como o conjunto de documentos relevantes para as seguintes fases de análise, e que respeitou os quatro critérios preconizados: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência (Bardin, 2016). De forma a garantir o anonimato, a transcrição das entrevistas foi codificada da seguinte forma: Enf1, Enf2, Enf3, Enf4 e Enf5.

Em seguida, seguiu-se a leitura flutuante, que é definida como uma leitura livre dos dados transcritos, onde se procura conhecer o texto, absorver as principais ideias e identificar expressões/frases significativas (Bardin, 2016). Foi, assim, possível, definir as unidades de registo, ou seja, a unidade de significação codificada que corresponde à seção do conteúdo considerada unidade base, uma sustentação para a elaboração das categorias do presente estudo (Bardin, 2016). As unidades de contexto advieram da unidade de registo, que diz respeito à sessão da mensagem mais ampliada, consideradas fundamentais para compreender a significação exata da unidade de registo (Bardin, 2016). Em seguida, foi possível proceder-se à categorização, ou seja, à classificação e organização dos dados em categorias, que reúnem as unidades de registo com características semelhantes, através da natureza do material e do objetivo da pesquisa, permitindo a sistematização da informação e simplificando a interpretação e análise do material (Bardin, 2016).

Em relação à construção de um sistema de categorias, Schreier (2012) refere que pode ser desenvolvida de três formas primordiais: A) *à priori*, que envolve a elaboração de categorias antes da análise dos dados, apoiada numa estrutura teórica pré-existente, permitindo ao pesquisador testar hipóteses específicas; B) *à posterior*, emergindo dos dados durante a análise, sem pressupostos teóricos pré-existent, facilitando a identificação de temas; C) combinação de ambas as abordagens, iniciando com algumas categorias *à priori* e permitindo que novas categorias se ergam de acordo com o decorrer da análise. No presente estudo, a categorização utilizada foi a combinação de ambas as abordagens. Especificando, resulta dos achados *à priori* da conceptualização do referencial teórico, dos conceitos emergentes da ScR e dos dados obtidos nas entrevistas, permitindo assim uma definição e redefinição durante a análise de conteúdo.

Desta forma, foi possível desenvolver uma grelha de análise, que se pode observar no quadro 4.

Quadro 4: Grelha de análise das entrevistas

Tema	Categoria
Barreiras na comunicação intercultural na sala de partos	Linguísticas
	Culturais
	Ambientais
Influência na prestação de cuidados na sala de partos	Relacionado com o EEESMO
	Relacionado com a mulher migrante
Estratégias para uma comunicação intercultural eficaz na sala de partos	Implementadas
	Sugestões para implementação

Foram identificados três temas principais: Barreiras na comunicação intercultural na sala de partos, influência na prestação de cuidados na sala de partos e estratégias para uma comunicação intercultural eficaz na sala de partos. Estes temas emergiram das sete categorias, que representam a experiências dos EEESMO's na comunicação intercultural com a mulher migrantes durante o TP e parto, nomeadamente:

- A. Barreiras Linguísticas na comunicação intercultural na sala de partos;
- B. Barreiras Culturais na comunicação intercultural na sala de partos;
- C. Barreiras Ambientais na comunicação intercultural na sala de partos;
- D. Influência na prestação de cuidados na sala de partos relacionado com o EEESMO;
- E. Influência na prestação de cuidados na sala de partos relacionado com a mulher migrante;
- F. Estratégias Implementadas para uma comunicação intercultural eficaz na sala de partos;
- G. Sugestões para implementação de estratégias para uma comunicação intercultural eficaz na sala de partos.

A codificação foi efetuada por meio de códigos e símbolos linguísticos, detalhadamente:

- **E:** Entrevistadora;
- **Enf:** EEESMO;
- **Enf1, Enf2, Enf3, Enf4, Enf5:** código de identificação de cada EEESMO entrevistado
- Unidades de registo de campo apresentam-se em **itálico**;
- (...): Excertos da transcrição original que não se mostraram pertinentes;

A análise de cada categoria será apresentada no subcapítulo 2.4, assim como as unidades de registo codificadas. A Matriz de análise das entrevistas pode ser consultada no Apêndice 3.

2.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O Estatuto da OE e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (OE, 2015b), referem que os princípios éticos e deontológicos devem ser respeitados no seu exercício profissional, incluindo-se também a investigação. O Regulamento n.º 140/2019, que incide nas competências comuns do enfermeiro especialista, descreve que no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, se deve desenvolver “uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e garantir “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4745).

Torna-se primordial respeitar os princípios éticos, nomeadamente: respeito pelo consentimento livre e esclarecido; respeito pela vida privada e pela confidencialidade dos dados pessoais e das informações; respeito pela justiça e pela equidade; equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; diminuição dos inoportunos e potencialização dos benefícios (Fortin, Côté & Filion, 2009). Nesta base, de forma a garantir a confidencialidade e anonimato dos participantes, foi elaborado um folheto informativo sobre a realização do presente trabalho académico (Apêndice 4), tal como o consentimento livre e esclarecido (Apêndice 5). Estes documentos foram disponibilizados antecipadamente a cada um dos participantes, com a garantia de esclarecimento de todas as dúvidas. Posteriormente, e somente a assinatura do consentimento, procedeu-se ao agendamento e à concretização da entrevista, com gravação áudio.

Foi, igualmente, solicitado parecer à Comissão de Ética do Hospital onde efetuei o estudo, através da elaboração de um projeto de investigação (Apêndice 6), tendo adquirido a sua aprovação a 17 de janeiro de 2024, com o número de identificação de registo 008/2024 (Anexo 1).

2.4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A. Barreiras Linguísticas na comunicação intercultural na sala de partos

Pode-se aferir que a barreira linguística e cultural na sala de partos assume destaque em todos os artigos analisados na ScR, que irá comprometer a prestação de cuidados durante o trabalho de parto e parto. Navarro-Prado et al. (2022) no estudo decorrido em Espanha, identificaram que a barreira linguística é, de facto, um fator dificultador na comunicação.

No estudo realizado, todos os EEESMO's entrevistados referiram considerar a barreira linguística como uma das principais dificuldades na comunicação com as mulheres migrantes, uma vez que estas dificuldades linguísticas podem conduzir a mal-entendidos e comprometer a qualidade da prestação de cuidados:

"as principais dificuldades mesmo a nível de comunicação a língua é a transmissão de informação (...) porque nós aqui falamos inglês alguns falam um bocadinho francês, mas muitas vezes as senhoras falam dialetos falam, outras línguas" (Enf1).

A linguagem apresenta-se como parte central da comunicação interpessoal, sendo um elemento essencial para o processo de saúde. É nos serviços de saúde que, maioritariamente, surgem os primeiros obstáculos para utentes de minorias étnicas ou migrantes, devido às barreiras linguísticas, étnicas e culturais, assim como à falta de escuta qualificada (Sacramento et al., 2020). Assim, a barreira linguística representa um dos maiores desafio para a mulher migrante e família (Alves, et al, 2022). Três das entrevistadas colocam em primeiro plano a barreira linguística, considerando que as barreiras culturais não são significativas, se a dificuldade em transmitir a mensagem devido à diversidade de idiomas não for ultrapassada:

"a barreira linguística sim não é tanto não tem nada a ver com os costumes ou o que as pessoas trazem vestido ou isso" (Enf4);

"o mais difícil é tentar transmitir a nossa mensagem (...) que a entendam e isso eu eu sinto que é mais difícil num período expulsivo" (Enf3);

"a barreira linguística" (Enf5).

De facto, os estudos corroboram ao concluírem que a barreira linguística é um fator dificultador na comunicação, e que pode desencadear mal-entendidos e perceções equivocadas de base linguística ou cultural, limitarem a compreensão de informações importantes e exporem tanto a mãe quanto o bebé a potenciais riscos (Navarro-Prado et al., 2022; Shan et al., 2023). Outro aspeto referido pelos entrevistados é a transmissão de informação através de termos técnicos:

"muitas vezes, como nem nós nem os migrantes falam outras línguas da parte mais técnica, é muito difícil de explicar" (Enf1).

A linguagem técnica define-se como uma linguagem que transmite um significado específico. O recurso a esta linguagem técnica pelos profissionais de saúde é dificilmente compreendido pelos utentes migrantes, o que acarretará interpretações erradas, mal-entendidos em relação à doença, terapêutica, procedimentos pós-alta, hospitalizações desnecessárias, não-adesão ao plano de tratamento e aumento da taxa de mortalidade e morbilidade (Borba, Santos e Puggina, 2017).

Considera-se que é crucial que os serviços de saúde recorrem a uma linguagem acessível e compreensível em contexto de sala de partos, de forma a transmitir informações sobre saúde/doença, fatores de proteção, medicação e recomendações. É necessário, igualmente, que a comunicação em contexto de saúde seja adaptada às capacidades cognitivas, tanto a nível cultural/educacional, como a nível das necessidades individuais, emocionais, sociais, culturais e linguísticas dos utentes.

B. Barreiras Culturais na comunicação intercultural na sala de partos

Campinha-Bacote (2002), nos seus pressupostos, enuncia que os enfermeiros devem estar dotados de conhecimento cultural, ou seja, devem compreender profundamente as práticas culturais específicas das mulheres grávidas migrantes, como crenças sobre gravidez, parto e cuidados pós-parto, alimentação e práticas religiosas relacionadas à saúde. Esta compreensão das diferenças culturais é crucial para fornecer cuidados adequados e com respeito, conduzindo assim a um processo individualizado de cuidados. Gaspar, et al. (2020) referem que quando se trata de uma pessoa culturalmente diversa, a prestação de cuidados deve ser adaptada e flexível, tendo em consideração os valores, costumes e crenças, com o objetivo de atingir um cuidado significativo e de qualidade para o processo saúde-doença.

Depreende-se que este aspeto é considerado por uma das entrevistadas, dando enfoque aos aspetos culturais e à sua relação com o estabelecimento de uma comunicação eficaz:

"é entender a cultura, de onde vêm, porque muitas vezes a vivência do trabalho de parto é muito influenciada por aquilo que vivenciaram ao longo das suas vidas e depois é conseguir estabelecer uma comunicação eficaz não é" (Enf2).

Ramos (2021) corrobora, referindo que uma das dificuldades de comunicação nos serviços de saúde diz respeito, principalmente, aos conflitos presentes nas relações entre as culturas organizacionais, científicas e profissionais e as culturas do senso comum. A gravidez e o parto são períodos marcados de costumes e valores, consoante a cultura inserida, acarretando mudanças complexas para a mulher. Esta experiência individual resulta da interação dos significados coletivos que a sua própria cultura proporciona, permitindo à mulher ter consigo os saberes sobre o seu corpo, sobre o seu bebé e sobre o cuidado a ambos (Supimpa, et al., 2023).

Outro achado pertinente na ScR foi a perceção de uma relação significativa entre a expressão da dor do parto e a identidade cultural das parturientes. Especificamente, à medida que o trabalho de parto progride e, em fases mais avançadas, a influência cultural é ainda maior, uma vez que todas as dimensões são influenciadas pela cultura. Desta forma, a identidade cultural das mulheres em trabalho de parto influencia tanto a manifestação quanto a experiência da dor do parto. O mau domínio do idioma torna a expressão da dor extremamente difícil de ser realizada, o que pode levar a uma subestimação da gravidade da dor e a um controlo da dor insuficiente (Navarro-Prado et al., 2022). Shan et al. (2023) identificaram, ainda, que em relação às mulheres chinesas residentes na Holanda, mesmo com menos barreiras linguísticas e uma comunicação mais eficaz, estas sentiam uma falta de compreensão nas preferências por cuidados mais medicalizados, o que evidencia uma barreira cultural importante.

Arasaratnam et al. (2010) defende que se evidencia uma não aceitação e respeito, com comportamentos de discriminação e intolerância, e a inexistência da aquisição de conhecimento acerca das culturas distintas durante o trabalho de parto de parto, pressupondo

uma lacuna no desenvolvimento das competências individuais e interculturais da comunicação intercultural, assim como das dimensões associadas, nomeadamente a dimensão afetiva.

C. Barreiras Ambientais na comunicação intercultural na sala de partos

As barreiras ambientais, como o uso de máscaras e ruídos, são apontados pelos EEEMO's entrevistados como dificultadores da comunicação intercultural, considerando que o ambiente físico pode afetar significativamente a comunicação e a qualidade do cuidado:

"quando nós temos a máscara colocada quando nós temos a bata colocada há ali a outra barreira (...) e também dificulta isto, porque também não consegue (...) a máscara não ajuda" (Enf3).

A máscara oculta uma parte significativa da face. Mheidly et al. (2020), defendem que as máscaras faciais abafam os sons e escondem as expressões faciais, expressões estas que facilitam a compreensão durante a comunicação. Estes aspetos vão exigir um maior esforço gestual e ocular, de forma a transmitir a mensagem e a compreendê-la, o que requer mais tempo e continuidade na relação entre o profissional de saúde e o utente (Carbon, 2020).

A iluminação e o ruído são, também, mencionados como barreiras à comunicação. *"talvez o facto de haver muita iluminação muitas vezes, por exemplo. O ruído, por exemplo, no exterior e essencialmente é isso que penso"* (Enf5).

Os ruídos, de várias origens, são apontados como uma barreira ao processo comunicativo, podendo causar distorções e dificuldades na comunicação e, consequentemente, comprometer a segurança do utente, podendo inclusive condicionar danos graves (Alluci, 2021).

Os estudos revelaram, ainda, que a estrutura das instalações dos hospitais torna impossível permitir diferentes práticas culturais, como posições de parto. Tradicionalmente, no contexto sul-africano, a litotomia é a posição de parto utilizada nas unidades de saúde, que muitos enfermeiros defendem pelo receio dos riscos acrescidos noutras posições. Assim, é imposto às mulheres a prática do parto na cama, em vez de se adaptarem ao que as mulheres preferem (a posição de cócoras é uma das nomeadas), assumindo-se como uma barreira cultural na prestação de cuidados (Shopo et al., 2022).

D. Influência na prestação de cuidados na sala de partos relacionado com o EEESMO

Um dos EEESMO's entrevistado relata que as barreiras de comunicação afetam, de facto, a qualidade da sua prestação de cuidados:

"eu considero que sim considero que nós poderíamos ter uma intervenção um bocadinho aaaa mais incisiva e um bocadinho mais clara se tivéssemos menos barreiras de comunicação" (Enf1).

Os fatores provenientes das características de personalidade, das vivências e até das circunstâncias de vida influenciam a interação entre a mulher migrante e o enfermeiro, assim como o ambiente físico, o período e a frequência em que as interações ocorrem (Santiago,

2020). Porém, Ramos (2021), incide também nos problemas relacionados com a comunicação intercultural, ao referir que os profissionais de saúde manifestam dificuldade na prestação de cuidados, principalmente os que exercem funções em contextos multiculturais com utentes originários de outras culturas. Especificamente, existem estudos que concluíram que estes profissionais manifestam mais dificuldades e erros de diagnóstico quando comunicam com migrantes, sendo a causa atribuída a barreiras linguísticas, culturais e comunicacionais e inexistência de conhecimento e compreensão pelas culturas distintas (Ramos, 2012). Shopo et al. (2022) vão ainda mais longe, ao reconhecerem que os EEESMO's não conseguem prestar apoio às mulheres pelas barreiras linguísticas, devido à diversidade de línguas faladas e revelam, ainda, que as mulheres guardam segredo sobre as suas práticas culturais durante o trabalho de parto, especificamente no que diz respeito às práticas tradicionais, curandeiros e conselhos dados pelos mais velhos, o que aumenta a dificuldade na prestação de cuidados (Shopo et al., 2022).

Outro fator apontado por um EEESMO, como limitador para o estabelecimento de uma comunicação intercultural eficaz, relaciona-se com a falta de tempo para definir e implementar estratégias, evidenciando preocupação com os rácios estabelecidos:

"(...) mais tempo para tentar encontrar estratégias de chegar ao casa!" (Enf2).

O Regulamento n.º 743/2019 - Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem – ao disponibilizar o cálculo das dotações seguras, permite uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESMO incide que a dotação segura de EEESMO, face às necessidades de cuidados de enfermagem especializados, promove uma procura contínua pela excelência na prestação de cuidados (OE, 2021).

O estabelecimento de uma relação de confiança entre a mulher e o enfermeiro foi compreendida como fundamental desde a vigilância da gravidez até ao pós-parto. Este processo de construção de confiança no enfermeiro é possível devido à interação entre enfermeira-grávida/mãe, mas que depende do tempo de relação estabelecido, do número de vezes e do grau de proximidade em que as interações ocorrem (Santiago, 2020). A sobrecarga de trabalho é apontada por Lourenço, et al. (2024) como um dos principais desafios para uma comunicação eficiente nos serviços de saúde, o que determina efeitos negativos para a prestação de cuidados. Shopo, et al. (2022) revelam, igualmente, que os EEESMO's referem necessitar de mais tempo para explicar os procedimentos à mulher migrante e à pessoa significativa, o que compromete o tempo para as restantes intervenções, uma vez que a falta de profissionais é uma realidade. Os ambientes superlotados amplificam a pressão e fadiga dos profissionais de saúde, reduzem o limiar de irritabilidade, conduzindo a comportamentos indesejados e/ou falhas totais ou parciais na comunicação (Witiski, et al., 2019).

Depreende-se, assim, que o cálculo das dotações seguras, e a sua correta implementação, permite que o EEESMO consiga disponibilizar tempo com a mulher, promovendo o desenvolvimento de uma relação de confiança com a mesma e, desta forma, implementar estratégias facilitadoras da comunicação intercultural. Por conseguinte, e de

acordo com Neves (2019), a otimização da dotação irá promover uma melhoria da capacidade de resposta dos enfermeiros às necessidades da mulher, o que irá, consequentemente, melhorar a comunicação entre as duas partes.

Em oposição, o incumprimento das dotações seguras tem impacto na sobrecarga de trabalho e na carência de tempo para a prestação de cuidados, o que provocará cuidados omissos ao nível da monitorização, da comunicação e do cumprimento de normas e padrões estabelecidos, e da atenção dos profissionais no processo de tomada de decisão, potenciando o erro. Com efeito, a desmotivação, o stress e o *burnout* profissional irá impactar significativamente a prestação de cuidados especializados de enfermagem, terminando num círculo vicioso (Neves. 2019). Uma entrevistada aborda este tema, partilhando que não se sente tão feliz na prestação de cuidados quando tem uma comunicação prejudicada pelas barreiras:

“tem tem impacto, tem impacto gigante (...) se formos a avaliar os cuidados que prestamos não é, eu eu não sei se me sinto tão feliz naquilo que faço quando tenho um casal com o qual não consigo comunicar e não lhe consigo dar opções que o casal tem no seu trabalho de parto e parto” (Enf2).

As barreiras de comunicação têm influência nos profissionais de saúde, pelo facto de a mensagem não ser compreendida e pela sensação de não conseguirem maximizar a sua prestação de cuidados individual, promovendo o surgimento de sentimentos negativos, tais como frustração, stress e ansiedade, bem como o aumento do risco de erros de diagnóstico, tratamento e negligência no consentimento informado (Lourenço, et al., 2023; Macedo et al., 2024).

Cada cultura possui os seus códigos culturais e linguísticos e os seus rituais de interação, o que gera desconhecimento por parte dos profissionais de saúde e condiciona problemas comunicacionais, promovendo desrespeito, estereótipos e preconceitos. Pretende-se que os profissionais de saúde sejam cada vez mais qualificados, pelo que é exigido o desenvolvimento de competências, habilidades técnicas, habilidades sociais, conhecimentos, comunicação e o ambiente (Ramos, 2018).

O EEESMO, na sua prática, deve reconhecer a importância das práticas culturais na saúde, sendo conhecedor das suas próprias atitudes, crenças e valores culturais, assim como da cultura das mulheres migrantes, a quem presta, cuidados especializados. Desta forma, é fundamental que os EEESMO's sejam dotados de competências práticas para adaptar os cuidados de saúde de acordo com as práticas culturais das mulheres grávidas migrantes., que inclui habilidades de comunicação intercultural e negociação cultural (Campinha-Bacote, 2002).

E. Influência na prestação de cuidados na sala de partos relacionado com a mulher migrante

Obionu et al, 2023 relatam que as mulheres migrantes classificam as suas experiências com os profissionais de saúde como maioritariamente negativas, sendo a comunicação a

causa mais referida, nomeadamente problemas ao nível da incompreensão verbal, informações escritas, barreiras linguísticas e problemas com intérpretes.

Os EEESMO's entrevistados também partilham que, quando não existe uma comunicação intercultural estabelecida e eficaz, tem consequências na mulher migrante:

"sim interfere, claro sim" (Enf3);

"a comunicação se não for eficaz tudo aquilo que nós temos para oferecer muitas vezes não é exequível com o casal, porque ele não está a entender as vantagens e as desvantagens" (Enf2).

Uma comunicação inadequada irá afetar diretamente o direito à informação, assim como a igualdade, qualidade e acesso à saúde (Ramos & Rangel-S, 2017). Desta forma, a comunicação ineficaz, a capacidade de escuta inadequada e a existência de barreiras linguísticas entre os EEESMO e as mulheres resulta, muitas vezes, numa participação limitada das mesmas, visto que sentem que não possuem oportunidades de se expressarem e, mesmo quando surge a oportunidade, as suas opiniões não são levadas em consideração (Obionu et al., 2023; Shopo et al., 2022). Obionu et al. (2023) declaram, ainda, que as mulheres paquitanesas relataram que as dificuldades linguísticas e a barreira cultural na prestação de cuidados por parte dos profissionais de saúde conduziram a um comportamento agressivo por parte dos mesmos, e algumas mulheres africanas sentiram que existia falta de informação significativa e comunicação, por parte dos profissionais de saúde.

Um aspeto também mencionado por um EEESMO foi a incapacidade de criar uma relação de empatia:

"por vezes sim (...) o facto de não nos entenderem provoca com que as pessoas não consigam estabelecer aquela relação de empatia necessária (...) e também para dar algumas indicações ou sugestões à própria pessoa" (Enf5).

É imprescindível estabelecer uma relação de confiança e compreensão entre as mulheres e os profissionais de saúde, demonstrando disposição e dedicação de acordo com a cultura, hábitos, crenças, valores e idioma (Ramos, 2021). Campinha-Bacote (2002), realça a importância dos enfermeiros desenvolverem habilidades para interagir de forma sensível e respeitosa com as mulheres migrantes, reconhecendo suas necessidades específicas e respeitando suas preferências culturais. Ao se atingir uma harmonia entre cuidados humanizados e comunicação efetiva e respeitosa, verificam-se benefícios no trabalho de parto, bem como nos sentimentos de controlo da mulher migrante, potenciando assim a sua confiança na capacidade de experienciar o parto e reduzindo a intervenção obstétrica, o que irá proporcionar uma experiência de parto positiva à mulher (Beserra et al., 2020).

Embora não mencionado pelos entrevistados, nos achados da ScR realça-se a importância da pessoa de referência durante o trabalho de parto e parto, nomeadamente o companheiro ou outra pessoa de eleição para a mulher, uma vez que representam uma fonte essencial de apoio neste período mais vulnerável. A presença dessa pessoa de confiança é essencial para fornecer apoio emocional, atuar como intérprete e garantir que a mulher compreenda as instruções dos profissionais de saúde, ajudando a superar lacunas de

comunicação, a manter a mulher informada sobre a evolução do trabalho de parto e a proporcionar um nível de conforto e bem-estar que pode contribuir significativamente para o alívio não-farmacológico da dor. (Navarro-Prado et al., 2022; Shopo et al., 2022). Por outro lado, a ausência dessa pessoa de referência pode levar a sentimentos de insegurança e desconforto, agravando o stress e a ansiedade da mulher durante o parto (Shopo et al., 2022).

Foi evidente que o apoio contínuo durante o parto está associado a melhores resultados para as parturientes, incluindo uma menor perceção de dor, maior participação e menos intervenções clínicas, proporcionando uma experiência de parto mais positiva (Navarro-Prado et al., 2022; Shopo et al., 2022).

F. Estratégias Implementadas para uma comunicação intercultural eficaz na sala de partos

Todos os EEESMO's referiram que utilizam ferramentas e estratégias para superar as barreiras de comunicação. O objetivo das ferramentas é facilitar a comunicação e promover o cuidado individualizado e centrado na mulher migrante, porém, aliado a estas, é fundamental que exista um esforço por parte dos profissionais de saúde de forma às informações serem compreendidas (Macedo, et al., 2024). Foi elaborada um quadro que evidencia quais as mencionadas pelos EEESMO's (Quadro 5).

Quadro 5: Ferramentas e estratégias implementadas referidas pelos EEESMO's

Ferramentas e estratégias implementadas	EEESMO's Entrevistados
Google Tradutor	Enf1; Enf2; Enf3; Enf4.
Bolsa de intérpretes	Enf1; Enf4.
Apoio dos colegas que falam outros idiomas e dos familiares	Enf1; Enf3.
Panfletos traduzidos	Enf2; Enf3; Enf4.
Comunicação não-verbal	Enf2; Enf3; Enf4; Enf5.

Pode-se concluir que o Google Tradutor assume destaque, em que 4 EEESMO's referem utilizar esta ferramenta de forma a diminuir as barreiras linguísticas:

“É assim nós temos o Google Tradutor (...) ou outras aplicações através dos nossos próprios telemóveis” (Enf1).

A utilização de ferramentas de tradução são considerados úteis para os profissionais de saúde, uma vez que permitem a comunicação com a mulher migrante, promovendo uma relação de confiança e, assim, possibilitam uma adequada gestão de riscos e perceção das reais necessidades do mesmo (Macedo, et al., 2024).

A unidade hospital, de forma a reduzir as barreiras linguísticas, implementou uma bolsa de intérpretes, constituída por profissionais de saúde que falam outros idiomas e dialetos, nomeadamente inglês, espanhol, alemão, russo, ucraniano, crioulo e crioulo da Guiné-Bissau. É mencionada por dois EEESMO's, como uma medida implementada e facilitadora:

“e nós temos uma lista de intérpretes credenciados do hospital” (Enf1)

“nós temos e que é uma longa lista e que até é bastante abrangente” (Enf4).

Além desta lista de intérpretes, o apoio dos colegas é referido como uma estratégia complementar, ou seja, colegas que dominam outros idiomas e que não se encontram na lista de intérpretes:

“apoio dos colegas que têm alguma diferenciação noutras línguas” (Enf1).

De facto, o uso de intérpretes profissionais tem impacto na saúde das mulheres migrantes com barreira linguística, nomeadamente assiste-se a uma melhoria na preparação da alta, no envolvimento do mesmo nas tomadas de decisões, tempo de internamentos mais curto, redução da administração de medicamentos e tratamentos mais dirigidos (Lourenço, et al., 2023). Obionu et al. (2023) atestam esta ideia, ao afirmar que a utilização de intérpretes profissionais, embora tenha sido considerada útil, também apresentam barreiras à sua utilização, incluindo a acessibilidade dos mesmos, conveniência, confidencialidade, qualidade e conforto da mulher.

A pessoa de referência da parturiente migrante pode ser intérprete, e assim apoiar o profissional de saúde, uma vez que dominam o idioma nativo da mesma, mesmo em casos de dialetos, reduzindo assim a barreira linguística. Shopo et al., (2022) expõem que, na maioria das vezes, de facto são os maridos/companheiros ou outros utentes, sem formação clínica, que apoiavam os EEESMO's com a tradução, revelando-se um fator de preocupação, pelo risco de haver informações incorretas comunicadas involuntariamente.

“Muitas vezes, é claro que os maridos entendem mais um bocadinho e nós conseguimos comunicar um bocadinho melhor” (Enf3)

O recurso a panfletos disponíveis em vários idiomas é referido por 3 EEESMO's, estando disponível na unidade hospitalar e sendo empregues pelos mesmos:

“folhetos adequados à maior parte dos imigrantes, ou seja do local, de origem (...) sobre a analgesia epidural (...) os métodos não farmacológicos de alívio de dor” (Enf2);

“temos também os folhetos informativos sobre as mais variadas coisas das fases do trabalho de parto, mesmo do pós-parto, da analgesia do trabalho de parto, temos em várias línguas” (Enf4).

A comunicação não-verbal é referida por 3 EEESMO's como uma ferramenta útil na diminuição das barreiras associadas à comunicação intercultural:

“a linguagem corporal a expressão facial (...) é muito importante os reforços positivos manifestados pela expressão facial, os negativos tipo não está a fazer bem, o que estou a dizer não está a fazer (...) a linguagem gestual e é por aí” (Enf2);

“Os gestos (...) muitas vezes a demonstração (...) a utilização de uma bola de pilates através da demonstração isso é a estratégia que eu utilizo mais” (Enf3).

A comunicação não-verbal é descrita como fundamental na transmissão das mensagens, uma vez que esta pode variar entre diferentes culturas. O contato visual, o toque, o silêncio, o espaço e distância são considerados formas de comunicação não-verbal, em que os enfermeiros devem estar despertos e terem conhecimento para entenderem os aspetos de cada cultura, assim como valores e crenças (Vilelas & Janeiro, 2012). Balestrin et al. (2021) descrevem que, no âmbito da prestação de cuidados a mulheres migrantes durante o TP, a comunicação não-verbal é muito utilizada, nomeando os sinais, demonstrações de posicionamentos e de técnicas de respiração.

Destaca-se a importância da observação, instrumento básico em enfermagem, uma vez que se trata de um processo de atenção e inteligência, incidindo sobre a informação da situação individual e mobilizando os cinco sentidos, não descorando o facto existirem fatores extrínsecos e intrínsecos, nomeadamente idade, curiosidade, simpatia, empatia e conhecimento (Amendoeira, et al., 2003). Desta forma, a comunicação não-verbal assume elevada importância na prestação de cuidados à mulher migrante devido ao esforço realizado pelos enfermeiros, por meio da observação, de forma a conseguirem estabelecer relações interpessoais com a mesma, através de um processo comunicacional empático e de uma prestação de cuidados culturalmente coerentes (Coutinho, et al., 2020).

A comunicação pressupõe influenciar, pelo que a enfermeira que estabelece contato com o utente influencia-o através do seu papel profissional, atitudes, características pessoais, qualidade da sua presença, tom de voz e intencionalidade que expõe nas palavras e gestos (Phaneuf, 2005). Deste modo, os cuidados humanizados devem iniciar-se logo no acolhimento da parturiente pela equipe de enfermagem, através da comunicação, o que facilitará o desenvolvimento de uma relação de confiança verdadeira entre os mesmos e contribuiu para uma prestação de cuidados humanizados e acolhedores, principalmente no trabalho de parto, momento em que a mulher se encontra vulnerável e frágil (Beserra et al., 2020).

Embora não mencionado, os estudos analisados evidenciam que a prática dentro de um modelo de continuidade de cuidados de enfermagem, onde o mesmo EEESMO ou uma equipe estável acompanha a mulher ao longo de todo o trabalho de parto e parto, mostrou-se eficaz na melhoria da comunicação (Capper et al., 2022; Obionu et al., 2023). Este método de trabalho permite, assim, que os profissionais desenvolvam um conhecimento mais aprofundado das necessidades e preferências das mulheres, resultando em interações mais empáticas e eficazes. Além disso, a continuidade de cuidados contribuiu para o estabelecimento de relações mais positivas e de maior confiança com as mulheres, facilitando o processo de comunicação e tornando o ambiente de cuidados mais acolhedor e colaborativo. A sensação de ser constantemente compreendido e acompanhado pelo mesmo EEESMO reforça a segurança e o bem-estar das parturientes, demonstrando a importância da estabilidade e da consistência na prestação de cuidados.

G. Sugestões para implementação de estratégias para uma comunicação intercultural eficaz na sala de partos

Os EEESMO's apontaram algumas estratégias que consideram poder ter influência positiva no estabelecimento de uma comunicação intercultural eficaz, que se apresenta, no quadro 6.

Quadro 6: Sugestões de estratégias referidas pelos EEESMO's.

Sugestões	EEESMO's Entrevistados
Atualização de recursos	Enf1; Enf4.
Intérprete presente pessoalmente	Enf2; Enf3.
Diminuição de barreiras ambientais	Enf5.
Programas de formação para os profissionais de saúde	Enf5.
Grupos de Cursos de Preparação para o Parto de Parentalidade da mesma nacionalidade	Enf2.

A atualização de recursos inclui a bolsa de intérpretes e os panfletos. Em relação à bolsa de intérpretes, composta por profissionais de saúde, embora já existente na instituição hospitalar, é referido que se encontra desatualizada:

“a lista está um bocadinho desatualizada ou seja e também não tem as línguas todas” (Enf1);

“temos no hospital (...) pessoas de tantas nacionalidades a trabalhar cá (...) rever essa lista acho que era uma boa estratégia a mais inteligente” (Enf4).

É, assim, sugerido a atualização da bolsa de intérpretes, removendo os profissionais de saúde que já não se encontram a exercer funções na instituição, e contemplando mais profissionais, de forma a aumentar a disponibilidade para cada idioma.

Os EEESMO's também apontam os panfletos traduzidos disponíveis na sala de partos como insuficientes, sendo sugerido a criação de mais panfletos traduzidos em vários idiomas, que abordem temáticas ainda não traduzidas:

“Era importante para nós conseguirmos ter uma tradução dos principais procedimentos ou das principais coisas que temos ou dos principais pontos do trabalho de parto para pudermos fornecer às senhoras manuais de acolhimento. Nós temos algumas línguas, mas não temos todos” (Enf1).

A tradução direta de informação para o idioma de preferência dos utentes é considerada uma estratégia para a diminuição da barreira linguística e, por consequência, resulta num aumento da satisfação dos mesmos, e na qualidade da prestação de cuidados pelos profissionais de saúde (Lourenço et al., 2023). Macedo, et al. (2024) apontam o uso da comunicação escrita como um dos facilitadores da comunicação entre os profissionais de saúde e dos utentes migrantes, beneficiando ambos no entendimento da mensagem.

Dois EEESMO's mencionam que a presença física do intérprete na sala de partos traria vantagens, tanto para os profissionais de saúde, uma vez que a mensagem seria entendida e assim existia uma maior colaboração, tanto para a mulher migrante que se sentiria mais acolhida e num ambiente mais harmonioso propício à criação de uma relação de confiança e de empatia:

“pessoas (...) específicas que nos conseguissem facilitar a tradução mas aí isto implicava recursos humanos, mas é a única forma que eu vejo que poderia melhorar esta situação e facilitar o nosso trabalho e também a adaptação desta família desta grávida (...) ao nosso serviço de uma forma mais harmoniosa” (Enf3).

A diminuição de barreiras ambientais é referida, igualmente, como um aspeto facilitador para estabelecer uma comunicação intercultural:

“já o ruído é feito muitas vezes (...) pelos profissionais (...) mas poderiam baixar um bocadinho o nível o tom de voz (...) a nível da iluminação poderia haver aqueles rotadores de luz nos interruptores, por exemplo, era um fator bastante interessante” (Enf5).

Os fatores ambientais podem culminar numa barreira à comunicação intercultural, nomeadamente quando se verifica ausência de silêncio e tranquilidade, privacidade inexistente, ventilação e iluminação desajustada e infraestruturas precárias, promovendo ansiedade e nervosismo nos utentes (Macedo, et al., 2024). Além do ruído, Sonodo, Ferreira & Grellet (2022) referem que o recurso adequado da iluminação, através de cores, pode potenciar a criação de ambientes terapêuticos e despertar o fluxo de energia curativa potencial do ser humano, sendo possível o profissional de saúde aplicar a luz adaptada às necessidades do mesmo, de forma a harmonizar as variações emocionais ou orgânicas do corpo.

Um dos EEESMO's entrevistados refere que a existência de programas de formação para os profissionais de saúde apresentaria vantagens na comunicação intercultural:

“alguns programas de formação a nível da linguística por exemplo (...) mesmo aos profissionais” (Enf5)

Vários autores defendem esta estratégia, tanto para os profissionais de saúde como para os estudantes, referindo que a formação mais especializada se constitui uma intervenção para melhorar a comunicação. Para os profissionais de saúde, são enumerados programas de treino de habilidades de comunicação e de formação de atualização em competência cultural, para que o conhecimento em enfermagem transcultural seja aumentado e assim reforçar a autoconfiança dos enfermeiros (Lourenço, et al., 2023; Macedo, et al., 2024). Para os estudantes, são referidos métodos e estratégias de ensino e de aprendizagem que favoreçam a cooperação, consenso, reflexão e adaptação à mudança, à variedade e ao inesperado, assim como módulos transculturais de obstetrícia (Monteiro, Corral & Ugarte-Gurrutxaga, 2023; Shopo, et al., 2023; Vilelas & Janeiro, 2012). A implementação destas estratégias irão potenciar a aquisição de novas habilidades, facilitar a comunicação eficaz e promover a prestação de cuidados centrada na mulher (Macedo, et al., 2024).

Por fim, um dos EEESMO's sugere, no âmbito dos cuidados de saúde primários, a criação de CPPP com grupo de casais provenientes da mesma cultura, como medida facilitadora de integração no sistema de saúde português:

“centros de saúde (...) cuidados saúde primários (...) grupos de preparação para o parto (...) da mesma origem, de forma a conseguir passar a informação” (Enf2).

Os CPPP apresentam como objetivo primordial o desenvolvimento da confiança e a promoção das competências da mulher grávida, casal ou família para uma apropriada vivência da gravidez, parto, puerpério e transição para a parentalidade, através do acompanhamento estruturado por parte dos profissionais de saúde com formação específica (Diário da República, 2019a; Cardoso, et al., 2023). Outro dado a complementar é o facto dos casais migrantes, frequentemente, não possuírem uma adequada assistência de saúde durante o período pré-

natal, parto e puerpério, que se atribui ao défice de conhecimentos, reduzida adesão a comportamentos preventivos e uma utilização limitada dos cuidados de saúde, uma vez que recorrem já tardiamente, ou não comparecem às consultas de vigilância pré-natal programadas (Santiago, Figueiredo & Basto, 2020).

As parturientes imigrantes apresentam medo de serem cuidadas de forma distinta pelos profissionais de saúde, pelo facto de desconhecerem se os cuidados de saúde prestados se assemelham ao do seu país, pelo receio dos seus costumes não ser respeitados e pela vulnerabilidade e desconfiança manifestadas pelas dificuldades em estabelecer uma comunicação intercultural eficaz (Supimpa, 2023). Marcelino (2023) corrobora, ao expor que o desconhecimento do sistema de saúde do país onde se encontra a mulher migrante assume-se como uma barreira significativa no acesso a cuidados de saúde maternos de qualidade. Um estudo realizado em 2012, atesta que as puérperas migrantes que realizaram CPPP apresentaram uma melhor perceção para o momento do parto, sentindo-se apoiadas pelos profissionais de saúde e permitindo uma maior colaboração e desempenho da mulher durante o TP e parto. Os CPPP são, de facto, a melhor forma de preparar a grávida para o TP e parto e, ainda, para entender e prepará-la para o novo contexto cultural em que se encontra (Morais, 2012).

Desta forma, corroborando a informação acima descrita, entende-se que a realização de CPPP de acordo com as culturas, valores e crenças dos casais iria proporcionar um momento de partilha acerca da prestação de cuidados pelos EEESMO's nas maternidades portuguesas, desmitificar medos e receios, e capacitar a mulher para se adaptar a uma nova realidade, pautada por respeito, valorização, confiança e estratégias de comunicação. Da pesquisa efetuada, não se obtiveram resultados para a existência de CPPP para grupos da mesma nacionalidade e/ou cultura, valores e crenças. Espera-se que esta sugestão possa ser posta em prática num curto espaço de tempo, e que traga benefícios significativos para a experiência das parturientes e família no TP, parto e puerpério.

Em síntese:

A comunicação intercultural é essencial nos cuidados especializados durante o trabalho de parto de mulheres migrantes, influenciando diretamente a qualidade da prestação de cuidados. As barreiras linguísticas são identificadas como o principal desafio, dificultando a compreensão de informações cruciais, o que pode gerar mal-entendidos e expor a mulher e o RN a riscos. As diferenças culturais, especialmente no que diz respeito a crenças sobre o parto e à perceção da dor, impactam a experiência da mulher e podem ser mal interpretadas pelos profissionais de saúde. Barreiras ambientais, como o uso de máscaras e ruídos, também dificultam a comunicação. Estes fatores comprometem a capacidade dos profissionais em prestar cuidados humanizados, promovendo frustração e lacunas na prestação. Para mitigar estes desafios, o uso de intérpretes, ferramentas de tradução, comunicação não-verbal e programas de formação são estratégias recomendadas para melhorar a comunicação e garantir cuidados mais adequados e seguros.

Campinha-Bacote (2002), no Modelo de Competência Cultural, assume a comunicação intercultural como fulcral ao desenvolvimento das competências culturais nos enfermeiros, proporcionando uma redução das disparidades em relação à diversidade étnica e cultural, e exigindo um esforço contínuo para alcançar a capacidade de trabalhar eficazmente dentro do contexto cultural do cliente. Shopo et al. (2022) afirmam, igualmente, que a comunicação se assume como uma componente-chave da competência cultural, especificando que os EEESMO's devem adquirir competências de comunicação eficazes para uma população diversificada, para prestar cuidados de saúde maternos de qualidade.

As Competências Específicas do EEESMO, de acordo com o Regulamento n.º 391/2019, determinam que a prestação de cuidados de qualidade deve ser culturalmente sensível, e de acordo com as necessidades da população (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio, 2019). É, dessa forma, essencial que os profissionais de saúde, no contexto da maternidade, reconheçam a complexidade dinâmica das identidades culturais das mulheres com respeito, e ouçam com empatia as experiências de vida, preferências e preocupações destas, em vez de assumirem a “cultura” numa categoria simplista, baseada na etnia e na geografia, e negligenciarem a subjetividade dos indivíduos (Shan et al., 2023). Capper et al. (2022) consideraram componentes vitais do cuidado culturalmente seguro: ser adaptável, ser capaz de construir uma relação com as mulheres, envolver-se numa comunicação culturalmente segura e intuitiva, e recorrer à comunicação não-verbal e a familiares como intérpretes. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados reforçam que a formação e a experiência permitirão uma prestação de cuidados baseados na compreensão e respeito, de acordo com uma perspetiva multicultural e isenta de juízos de valor (OE, 2021). Deste modo, a prestação de cuidados culturalmente sensíveis deve enfatizar o desenvolvimento da autorreflexão das próprias identidades culturais por parte dos profissionais de saúde, de forma a se conseguirem envolver com as diferenças das mulheres e família (Shan et al., 2023).

A melhoria da comunicação intercultural emerge como um elemento crucial na promoção de uma experiência positiva de parto para todas as mulheres, independentemente da sua origem étnica ou cultural. Ao garantir uma comunicação eficaz e sensível às diversidades culturais, o EEESMO pode promover um ambiente mais acolhedor e inclusivo, onde as mulheres se sintam compreendidas e respeitadas. Além disso, a implementação de políticas que promovam a competência cultural entre os EEESMO's é essencial para adaptar os cuidados às expectativas culturais e às práticas específicas das diferentes comunidades, promovendo uma melhoria da qualidade dos serviços prestados e o fortalecimento da confiança entre as mulheres e os enfermeiros, resultando numa experiência de parto mais positiva e satisfatória.

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

Neste capítulo é, inicialmente, apresentada a caracterização dos contextos onde decorreu o estágio e, seguidamente, o meu percurso de desenvolvimento de competências na área de especialização em ESMO, bem como do grau de mestre. Este processo é fundamentado numa análise reflexiva e crítica das experiências na prestação de cuidados, tendo por base uma PBE e o estado de arte que orienta esta formação.

No início da UC foi desenvolvido um Projeto Individual de Aprendizagem (Apêndice 7), onde se definiram os objetivos específicos de aprendizagem na prestação de cuidados especializados de ESMO à grávida/parturiente/puérpera/feto/recém-nascido e mulher durante o climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, inserida na família e comunidade, e as respetivas atividades a desenvolver ao longo da mesma, em cada contexto de estágio, tendo igualmente por base os Regulamentos já mencionados. Com recurso à FUC, ao Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019), ao Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio, 2019), aos Padrões de Qualidade (OE, 2021) e aos Descritores de Dublin (Joint Quality Initiative, 2015), definiram-se os objetivos e respetivas atividades a desenvolver que, neste momento, serão alvo de análise.

3.1 CARATERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

A primeira componente do estágio, no âmbito da comunidade, foi desenvolvida entre o dia 18 de setembro e o dia 26 de outubro de 2023, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), integrada numa Unidade Local de Saúde. Segundo o artigo número 11º do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, uma UCC é definida como uma unidade funcional que

presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença, que requeira acompanhamento próximo e atua ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (p.1184).

A UCC elegida para o desenvolvimento do estágio, integra-se na Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo e, segundo os dados estatísticos disponibilizados pelo INE, no ano de 2021, o concelho onde a referida UCC se insere, contemplava 148.034 habitantes, dos quais 14.284 eram de nacionalidade estrangeira (INE, 2024). Apresenta diversos projetos de intervenção na comunidade, porém, o meu ensino clínico foi desenvolvido com enfoque nos projetos na área da saúde materna e obstétrica, nomeadamente no Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) e na Saúde Escolar. A equipa é constituída por: nove enfermeiras especialistas em diversas áreas, sendo uma enfermeira especialista em ESMO; dois médicos de medicina geral e familiar; um

assistente operacional; uma secretária clínica; um segurança e uma auxiliar de serviços gerais. O trabalho é desenvolvido em cooperação com a URAP, com apoio de: uma técnica superior de fisioterapia, duas técnicas superiores de saúde especialistas em psicologia clínica e da saúde, duas técnicas superiores de serviço social e uma higienista oral.

Em relação à estrutura física, apresenta cinco gabinetes para enfermeiros e médicos, um gabinete para as psicológicas, uma sala de reuniões, uma sala de reposição, um armazém avançado de economato, um armazém avançado de material de consumo clínico e medicamentos, uma copa, um vestiário, duas casas de banho para uso profissional e uma casa de banho para uso da população, preparada para mobilidade reduzida. A UCC funciona diariamente, de forma a dar resposta à comunidade.

As seguintes componentes do ensino clínico foram desenvolvidas, na totalidade, num Hospital na Área Metropolitana de Lisboa, integrado no Serviço Nacional de Saúde. Em específico: a área da ginecologia decorreu de 30 outubro a 10 novembro 2023; a área da gravidez patológica de 13 de novembro de 2023 a 5 de janeiro de 2024; a área do puerpério de 8 de janeiro a 16 de fevereiro de 2024; e na sala de partos de 19 de fevereiro a 12 de julho de 2024.

A área de influência direta do Hospital, segundo dados estatísticos do INE referente a 2021, englobava 557.060 habitantes, dos quais 57.405 são habitantes com nacionalidade estrangeira (INE, 2024). É considerado Hospital de Nível IIb, relativamente ao nível de diferenciação hospitalar e, de acordo com a Rede de Referência Hospitalar de Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia, possui resposta clínica para prestar cuidados especializados a grávidas de risco e a recém-nascidos (RN) de prematuridade extrema, ou sejam, 24 semanas de gestação ou 500g (Sistema Nacional de Saúde, 2023). Apresenta como missão central a prestação de cuidados de saúde diferenciados, de forma integrada com as restantes unidades de saúde da região, assegurando padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos e de humanização, promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores (Sistema Nacional de Saúde, s.d.). O método de trabalho, predominante nos serviços onde os ensinamentos clínicos se desenvolveram, é o de enfermeiro responsável, que compreende uma prestação de cuidados aos utentes, tendo por base uma responsabilidade individualizada nas tomadas de decisão na prestação de cuidados de enfermagem ao mesmo (Ventura-Silva et al., 2021). O enfermeiro é, desta forma, responsável por determinar “como o cuidado deverá ser prestado diária e continuamente, sendo sempre responsável pela coordenação das decisões clínicas, assim como pela supervisão da assistência prestada durante o internamento hospitalar” (Ventura-Silva et al., 2021, p. 281).

O cálculo das dotações seguras é baseado no Regulamento n.º 743/2019 - Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, que normatiza a utilização de metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população. Esta norma define que um rácio apropriado deve considerar as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar, não se limitando ao critério do número de

horas de cuidados por doente e por dia, ou a tempos médios utilizados em determinados procedimentos.

Relativamente ao ESMO em Ginecologia, no presente serviço a equipa de enfermagem é constituído por cinco enfermeiras generalistas e uma enfermeira especialista em ESMO. Possui cinco gabinetes, dois deles dotados com os materiais necessários para a realização dos exames de diagnóstico e tratamento. Outro gabinete de enfermagem, onde são realizadas as consultas de enfermagem presenciais e as consultas telefónicas (mais detalhado posteriormente) e, os restantes gabinetes, para consultas médicas.

As áreas ESMO no Puerpério e ESMO na Gravidez Patológica decorreram no serviço de obstetrícia que é dividido em duas alas: uma ala apenas para puerpério e a outra ala para ginecologia e gravidez patológica. A Equipa é constituída por 47 enfermeiros, em que 24 são EEESMO. Especificamente, a ala do puerpério é constituída por 11 quartos (em que um dos quartos é para cuidados intermédios com 6 camas), perfazendo 30 camas, e em que cada quarto está equipado com casa de banho com chuveiro. Possui, ainda, uma sala de enfermagem, uma sala de médicos, uma sala de tratamentos, uma rouparia, um armazém, um gabinete da Enfermeira gestora, gabinete administrativo, uma copa e uma sala de sujos. A ala oposta é dividida entre ginecologia (4 quartos para ginecologia, que inclui 15 camas com 6 preparadas para cuidados intermédios) e gravidez patológica (6 quartos, que inclui 15 camas). Esta ala do serviço de obstetrícia, além dos 10 quartos, possui uma sala de enfermagem, uma sala de médicos, uma sala de tratamentos, uma sala de reuniões, uma rouparia, um armazém, um gabinete administrativo, uma copa e uma sala de sujos.

A área ESMO na Sala de Partos decorreu no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG), com uma equipa de enfermagem de 52 enfermeiros, em que 45 são EEESMO's. O SUOG é composto por 4 seções: 1) a área ambulatoria, que se constitui a porta de entrada da maioria das mulheres, com um gabinete de triagem, dois gabinetes de observação médica, um gabinete para realização de cardiotocografia (CTG) e uma área para realização de tratamentos; 2) área de ginecologia, destinada a utentes que necessitem de vigilância por patologia ginecológica, apresenta uma unidade de internamento de curta duração que possui 4 camas; 3) área de obstetrícia, que se pode subdividir em bloco de partos (com 6 salas de dilatação, cada uma equipada com cardiotocógrafo e computador, e 2 salas de partos que apresentam uma marquesa que se modifica versatilmente para o período expulsivo, um cardiotocógrafo, uma mesa de apoio, uma bancada de apoio, um berço aquecido para receber o RN, o carro de emergência para reanimação neonatal ou da mulher e uma incubadora com ventilador) e recobro de puérperas, com 4 camas e 4 berços; 4) bloco operatório, que se encontra totalmente equipado para os procedimentos cirúrgicos e para os primeiros cuidados ao RN e que é utilizado para a realização de cesarianas programadas e urgentes, ou para cirurgia ginecológica urgente. Em termos de áreas comuns, apresenta ainda uma sala de trabalho de enfermagem (onde são visíveis todos os cardiotocógrafos a decorrer), uma sala de médicos, dois armazéns, uma rouparia, uma copa, um sala de reuniões, uma sala multifunções e uma sala de sujos.

Segundo dados estatísticos do referido Hospital, consultados nos indicadores de qualidade e disponibilizados via e-mail, no ano de 2023 existiram 2642 partos, em que 37,8% foram distócicos por cesariana, 10,8% distócicos por ventosa e 2,1% distócicos por fórceps. Em relação aos partos eutócicos, pode-se aferir no ano de 2021, a taxa de episiotomias foi de 34,4%, e de lacerações de grau três e quatro de 0,2%. O Guia Orientador número 002/2023, atualizado a março de 2024, acerca dos cuidados de saúde durante o TP, refere que o EEESMO deve transmitir e disponibilizar medidas não-farmacológicas, caso seja essa a intenção da parturiente (Direção-Geral da Saúde, 2024). Nesta instituição de saúde, existe um leque diverso de medidas não-farmacológicas disponíveis, nomeadamente, bola de parto, cromoterapia, musicoterapia, massagem ao nível da região sagrada, lombar ou dorsal, Hidroterapia e técnicas de respiração e relaxamento. Dados estatísticos evidenciam que 96,3% das parturientes do Hospital em questão recorreram a, pelo menos, uma medida não farmacológica, em 2021.

A Iniciativa Amiga dos Bebés apresenta como missão proteger, promover e apoiar o aleitamento materno por meio da mobilização dos serviços relacionados com a maternidade, e da influência da prática dos profissionais de saúde e cuidadores, adotando dez medidas para classificar uma unidade hospital como Hospital Amigo dos Bebés, que é elucidado pela OMS (2019) e pela UNICEF (2021). O presente hospital foi acreditado, inicialmente em 2010, como Hospital Amigos dos bebês, sendo certificado novamente em 2013, 2016 e 2019. No ano de 2021, 89,4% dos RN foram alimentados com aleitamento materno exclusivo, com 81,1% com amamentação na primeira hora de vida. Destaca-se a consulta de amamentação disponibilizada por este hospital, da autonomia de EESMO, que tem como objetivo facilitar o acesso à informação e disponibilizar apoio qualificado à mãe/casal/família que possua dúvidas ou dificuldades no processo (Sistema Nacional de Saúde, s.d.).

3.2 REFLEXÃO CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

O primeiro objetivo definido, transversal a todo o ensino clínico, ***integrar a equipa multidisciplinar***, foi encarado de extrema importância no início de cada estágio. Ramos et al. (2022) referem que a integração corresponde a uma etapa imprescindível para o desenvolvimento das perspetivas preconizadas para o ensino clínico, uma vez que, caso seja um processo ineficaz, pode prejudicar negativamente a formação académica do estudante e, por conseguinte, o seu futuro profissional.

Desta forma, as primeiras semanas foram sempre mais centradas na integração, tanto a nível das equipas multidisciplinares, como das estruturas físicas dos serviços, recursos humanos, protocolos, projetos, dinâmicas de trabalhos, organização e rotinas diárias. Para que este processo de integração fosse possível, realizei a leitura dos manuais de integração, assim como de todos os protocolos, normas, diretivas e projetos em vigor de cada serviço. A nível do sistema informático, o facto de estar familiarizada com a aplicação clínica, facilitou bastante a operacionalização dos registos.

O estudo foi transversal ao longo dos meses de ensino clínico, não somente dos conteúdos teóricos e práticos, como também dos Regulamentos já acima mencionados, e das normas da Direção Geral de Saúde, dos projetos e protocolos específicos de ESMO, nomeadamente: Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva; Programa Nacional para Vigilância de Gravidez de Baixo Risco; Programa Nacional de Vacinação; Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; Orientação acerca dos cuidados de saúde durante o TP.

A integração na equipa foi sempre pautada por respeito, e com uma perspectiva de aprendizagem constante, promovendo assim uma experiência mais enriquecedora. Cooperei com as equipas multidisciplinares sempre com uma postura de interesse, iniciativa e postura ativa. Fui sempre bem recebida e respeitada por todos os elementos integrantes das diversas equipas, conseguindo desenvolver uma relação interpessoal e profissional.

Este processo integrativo proporcionou o desenvolvimento de competências na área de especialidade, tendo sido evidente uma prática profissional responsável, ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo o respeito pelos direitos humanos e pelas responsabilidades profissionais, culminando no desenvolvimento das aprendizagens profissionais e de práticas de qualidade, com foco na melhoria contínua (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio, 2019). Considero, desde modo, que este objetivo foi atingido.

O segundo objetivo definido, igualmente transversal a todo o ensino clínico, ***desenvolver competências de gestão de cuidados e de formação contínua em ESMO, promovendo uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados***, contempla competências claramente definidas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). O domínio da gestão dos cuidados cita que o enfermeiro especialista deverá gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde, assim como adaptar-se a liderar e a gerir os recursos às situações e ao contexto, garantindo a qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Ao longo dos ensinos clínicos, foi notório em todos os contextos que o EEESMO tem uma gestão acerca dos materiais, sendo responsável pela sua verificação, manutenção, pedido de reparação, assegurando igualmente o nível de stock estabelecido. Nas passagens de turno, todas as informações acerca de stocks limitados ou rotura completa de stock, são transmitidas a todos os elementos, para que a comunicação seja universal e todos os profissionais atuem de igual forma. Durante o meu percurso, procurei sempre familiarizar-me com todos os materiais desconhecidos, questionando o seu uso e forma de utilização, para que pudesse ter a melhor prestação possível.

Ao nível da gestão de recursos humanos, Maciel et al. (2019) refere que o enfermeiro deve ser flexível, dinâmico e responsável, no sentido de desempenhar os diversos papéis que lhe são exigidos, uma vez que, atualmente, este profissional de saúde tem que desenvolver capacidade para gerir (englobando as funções administrativas), argumentar, mudar, negociar, solucionar conflitos, criar e inovar, com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados e

assegurar as necessidades organizacionais e estruturais. O Regulamento n.º 743/2019 (Diário da República, 2019b), já mencionado, que estabelece as dotações seguras referentes à ESMO, foi sempre pertinente ao longo dos ensinos clínicos, de forma a analisar se estavam a ser respeitados. Pude concluir que as Enfermeiras Gestoras desempenham um papel fulcral na gestão e organização dos respetivos serviços, implementando intervenções de forma a garantir os rácios mais adequados e seguros possíveis.

Em cada contexto do ensino clínico, de forma a garantir a minha perceção acerca da metodologia de gestão de cuidados materiais e humanos, assim como a utilização adequada e eficiente dos recursos, promovendo desta forma uma prestação de cuidados de qualidade, realizei pesquisa e estudo, de forma contínua, com base na evidência científica mais atualizada, e procurei momentos de reflexão e discussão de situações passadas e atuais com as Enfermeiras Cooperantes e respetiva equipa multidisciplinar, decorridas na prestação de cuidados de enfermagem à mulher/mãe/casal/RN/família, em reuniões multidisciplinares e formações internas de serviço. Crivelaro et al. (2021), referem que uma das dez competências para ensino-aprendizagem é a capacidade de reflexão, uma vez que este processo reflexivo possibilita, ao aluno, a autonomia na construção e na perceção de conceitos teórico-práticos, mobilizando-os para a prática. Considero, assim, que este objetivo foi alcançado.

O objetivo específico seguinte, já enquadrado no Regulamento das competências específicas do EEESMO, refere-se: ***desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais, garantindo uma prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade, no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional***. Esta competência abarca as áreas da saúde sexual e reprodutiva, planeamento familiar e período preconcepcional, em que tive oportunidade de contactar nos diversos contextos do ensino clínico que experienciei.

A DGS (2018), refere que os diversos âmbitos da saúde reprodutiva possuem o poder de influenciar e controlar a fertilidade e a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, o que trará consequências positivas e importantes na sexualidade, infertilidade, preconceção, gravidez, pré-natal, parto, qualidade de vida e segurança e sobrevivência das crianças. Cita, ainda, que as consultas de planeamento familiar são um momento privilegiado para a promoção de estilos de vida saudáveis e de melhoria contínua da saúde e bem-estar da mulher/casal/família (DGS, 2008).

A possibilidade de concretizar consultas de planeamento familiar proporcionou a oportunidade de adquirir competências na promoção da saúde sexual e reprodutiva, uma vez que é realizada uma colheita de dados completa e adequada a cada mulher, nomeadamente: antecedentes pessoais e familiares, história obstétrica e ginecológica, com determinação do índice obstétrico (IO), hábitos e estilos de vida; exame físico (avaliação antropométrica, estado nutricional e exame ginecológico) e avaliação psicosociocultural. Torna-se, igualmente imprescindível, identificar as necessidades, medos, ansiedades e crenças acerca das diversas áreas (autoexame da mama; infeções sexualmente transmissíveis; cuidados de higiene e conforto; hábitos e consumos, situações de risco socioeconómico) e reconhecer os fatores de

risco para o desenvolvimento do cancro do colo do útero e da mama. Além da colheita da anamnese, foi avaliada a tensão arterial, índice de massa corporal e assiduidade na realização dos exames/autoexames de rotina. Assim, foi possível planejar e executar intervenções de educação para a saúde personalizadas e aconselhamento sobre o início e uso apropriado dos métodos contraceptivos, prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, perceção do ciclo menstrual, autoexame da mama, hábitos de vida de risco, questões relacionadas com a vida conjugal.

Nas consultas de ginecologia pude experienciar a área do planeamento familiar, em que existe uma parceria de cuidados de enfermagem e médicos, de forma a proporcionar o método contraceptivo mais adequado a cada mulher. Assim, duas vezes por semana existe consulta de enfermagem, seguida de consulta médica, em que a Enfermeira faz a colheita de dados ginecológicos e obstétricos da mulher, aferindo se no momento está a utilizar algum método contraceptivo e se está satisfeita. Nesta área da saúde sexual e planeamento familiar, o SNS disponibiliza gratuitamente métodos contraceptivos, como o objetivo de aumentar a adesão terapêutica no controlo da fecundidade e das infeções de transmissão sexual (DGS, 2015). Assim, caso a mulher não utilize qualquer método, é aconselhada acerca dos métodos contraceptivos disponíveis de forma gratuita na presente consulta, onde é fornecida informação por meio de panfletos. Após a consulta de enfermagem, possui cerca de 15-20 minutos para analisar a informação que recebeu e refletir sobre a mesma. Posteriormente é chamada para a consulta médica, onde refere qual a sua decisão, esclarece alguma dúvida adicional e onde lhe é fornecido o método contraceptivo elegido. Esta estratégia permite que a mulher tome a decisão de forma refletida e esclarecida, aumentando a adesão ao método contraceptivo mais adequado para a mesma.

No contexto de puerpério, todas as puérperas são questionadas acerca do método contraceptivo que estão a ponderar recorrer neste período, assim como é disponibilizado um panfleto acerca das opções possíveis, tendo em conta o tipo de alimentação do RN. Após o esclarecimento de todas as dúvidas, e um período de reflexão da mulher, o método contraceptivo é fornecido (caso opte pelo implante subcutâneo, é colocado antes da alta do serviço). Na área da comunidade, no período inicial do ensino clínico, visto que o Dia Mundial da Contraceção estava muito próximo – 26 de setembro - foi-me proposto planejar uma publicação no *Facebook* alusiva ao mesmo. Com o objetivo de atingir a população mais jovem, fui estruturando as ideias, em simultâneo com a pesquisa realizada acerca da temática. Assim, elaborei um post colorido e criativo, atrativo visualmente, acerca da importância real da contraceção e dos seus benefícios, que foi publicado no Facebook dessa instituição (Apêndice 8).

A Saúde Escolar assumiu-se como uma das áreas de intervenção que tive oportunidade de desenvolver competências. Segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015c), a Saúde Escolar apresenta como objetivos:

Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa; Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e

para a minimização dos riscos para a saúde; Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as; Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar (p. 4).

Assim, pude participar nas reuniões de articulação entre as Escolas e a UCC, onde é definido o plano de intervenção para o ano letivo em vigor, nomeadamente temáticas, turmas-alvo e recursos necessários. Numa das escolas primárias, foi proposto apoio no desenvolvimento de um projeto de um aluno de quarto ano letivo, cujo título era “Como surgem os bebés”. Pude participar, durante um período, numa das aulas, para que me fosse possível entender a dinâmica da turma e apoiar o aluno a desenvolver o projeto, esclarecendo dúvidas e oferecendo sugestões de melhoria. Para proporcionar uma experiência mais rica e criativa, requisitei à ESSS modelos estáticos de evolução da gravidez e uma barriga de grávida, onde é possível ver o feto, a bolsa amniótica, a placenta e a cintura pélvica. Em apêndice 9 pode-se consultar o plano da sessão e algumas fotos ilustrativas do momento. Foi uma experiência muito enriquecedora a nível académico e pessoal, uma vez que os alunos ficaram cativados desde o início e muito participativos, com inúmeras questões, que no final ofereceu uma partilha muito rica para toda a turma e professora. Posso concluir que a intervenção do EEESMO no Programa Nacional de Saúde Escolar, com participação nas reuniões de articulação com as Escolas permite a elaboração de planos de intervenção alinhados com as necessidades específicas da comunidade escolar, garantindo que temáticas relevantes como o desenvolvimento humano fossem abordadas de forma adequada e informativa por um enfermeiro qualificado.

Segundo o Relatório acerca da Situação da População Mundial 2022 (Fundo de População das Nações Unidas, 2023), em 2022 existiram cerca de 121 milhões de gravidezes não planeadas, o que corresponde a 331.000 por dia. A existência de gravidezes não planeadas pressupõe um início tardio, ou mesmo ausência, da vigilância pré-natal, com consequente comportamentos de risco nas primeiras semanas da gestação, e com impacto significativo para o feto. Assim, os cuidados preconcepcionais assumem-se como parte integrante dos cuidados primários em saúde reprodutiva, tendo em conta os riscos biológicos associados à gravidez.

De referir que todas as mulheres que projetam engravidar devem ter acesso a uma consulta preconcepcional num prazo máximo de 90 dias, após a sua solicitação (DGS, 2023b). Pude vivenciar estes cuidados não somente nos cuidados de saúde primários, como também no puerpério, onde todas as puérperas no momento da alta são abordadas, pelo enfermeiro responsável, acerca dos cuidados preconcepcionais. Neste sentido, institui medidas de promoção dos cuidados preconcepcionais, com vista nos ganhos para a saúde reprodutiva e familiar, nas consultas de planeamento familiar e no puerpério, abordando: o espaçamento recomendado entre os nascimentos; as possíveis consequências para o feto caso ocorra uma infeção de transmissão sexual, reforçando a importância da adoção de comportamentos

seguros pelo casal; aspetos psicológicos, familiares, sociais e financeiros relacionados com a preparação de gravidez (primeira ou recorrente), enfatizando os benefícios da vigilância pré-natal precoce e continuada. Todas as intervenções, resultantes das consultas, acompanharam as orientações explícitas da circular normativa da DGS anteriormente referida, com registos efetuados no boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar (BSR/PF).

A prestação de cuidados nesta área, tal como em todas que experienciei, e tal como no meu dia-a-dia, foram individualizados e personalizados, respeitando sempre os aspetos culturais, valores e crenças diversas, conseguindo criar uma relação que permitisse o esclarecimento de dúvidas à mulher/casal. Considero, desta forma, que este objetivo foi alcançado.

O objetivo seguinte correspondente a ***desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais, garantindo uma prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal***. O Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco (DGS, 2015b) estabelece uma rede de referência materno-fetal que promove a ligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares especializados, sendo que o acompanhamento e monitorização de mulheres ou casais com gravidezes de baixo risco são planeados e executados de acordo com o mesmo.

Todas as mulheres grávidas devem ter acesso a uma primeira consulta da gravidez entre as 6 semanas e 0 dias e as 9 semanas e 6 dias de gestação (DGS, 2023b). O objetivo da vigilância durante a gravidez, engloba o incentivo a hábitos de vida saudáveis, considerando a gravidez como uma oportunidade para intervir e promover mudanças, assegurando uma continuidade de cuidados ao longo do ciclo de vida, por meio de uma abordagem de cuidados centrados na grávida e integrada na sua família e comunidade. Sugere-se, assim, que a mulher grávida inicie a vigilância da gravidez o mais cedo possível, com a primeira consulta idealmente marcada para as doze semanas de gestação, devendo realizar um total de dez consultas ao longo da gravidez (DGS, 2015b).

Tive a oportunidade de desenvolver estas competências no âmbito dos cuidados de saúde primários, a mulheres com diferentes idades gestacionais, o que me permitiu desenvolver competências a nível do raciocínio clínico e da adequação e priorização de cuidados, de acordo com o trimestre, individualizando assim os cuidados prestados. Após uma colheita de dados completa (antecedentes pessoais e familiares, história obstétrica e ginecológica, hábitos e estilos de vida; exame físico com avaliação antropométrica, estado nutricional e exame ginecológico; avaliação psicosociocultural, identificando situações de gravidez não planeada e/ou não desejada e referência para outros profissionais de saúde), é fundamental determinar a idade gestacional (IG) e data provável do parto (DPP), por meio da data da última menstruação, com reforço que a mesma deve ser retificada no boletim de saúde da grávida (BSG) após realização da ecografia do 1º trimestre. Ao aferir esta colheita, torna-se possível desenvolver um plano de cuidados individualizado com a grávida/família, promovendo

a sua participação e assim, garantir uma prestação de cuidados individualizados e personalizados, respeitando culturas, valores e crenças diversas.

A avaliação do bem-estar materno-fetal através da observação física, também é uma componente fundamental nas consultas e, de forma a identificar desvios da normalidade, é realizada a observação e interpretação dos exames laboratoriais e ecográficos, salvaguardando também a sua realização no período temporal adequado. Denoto que a observação física da grávida exigiu muito estudo e reflexão, de forma a realizar os procedimentos de forma competente e organizada, assim como o debate com a enfermeira orientadora sobre as várias experiências que fui vivenciando, traduzindo-se em momentos de aprendizagem.

A educação em saúde, efetuada pelo EEESMO, é essencial para o aprofundar do conhecimento em relação à gravidez e ao TP, uma vez que potencia o empoderamento da mulher (Pereira, et al., 2020). Desta forma, através de educação para a saúde, deverá existir uma sensibilização da grávida/família para a importância da vigilância da gravidez, e para os sinais e sintomas de risco (por exemplo diminuição/ausência de movimentos fetais, hemorragia vaginal, entre outros), assim como esclarecimento de dúvidas e medos. A educação para a saúde no âmbito do parto e pós-parto, também deve ser abordada, de forma a desmitificar mitos e medos acerca do aleitamento materno, mala da maternidade, sinais verdadeiros e falsos do TP, sono do bebé, regras de funcionamento da maternidade, registo de nascimento, exercícios de fortalecimento pélvico pós-parto e segurança rodoviária. Nas consultas em que participei, procurei sempre introduzir momentos de ensino e esclarecimento de dúvidas, abordando todas as temáticas necessárias para capacitar a grávida de conhecimento e capacidade de decisões conscientes, por exemplo: importância da assiduidade da vigilância ao nível de consultas e exames complementares de diagnóstico; adaptações fisiológicas da mulher à gravidez; sinais e sintomas de desvios da normalidade na gravidez; prevenção primária da toxoplasmose; atividade laboral; apoio social; movimentos fetais e importância de realizar o registo no BSF no terceiro trimestre e plano de parto.

Outra área de prestação de cuidados no âmbito pré-natal, são os Cursos de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP), a qual se deve promover junto da grávida/família a sua participação. Tive oportunidade de assistir ao nível dos cuidados de saúde primários e no contexto de BP. Segundo o Guia Orientador de Boas Práticas acerca da Preparação para o Parto, esta visa desenvolver na mulher, e na pessoa significativa, conhecimentos, aspetos facilitadores, capacidades, consciencialização dos seus recursos e da evolução do TP e autoeficácia, por meio de uma avaliação inicial das expectativas, conhecimentos, significados e capacidades da mulher (Cardoso, et al, 2023).

Mais especificamente no ensino clínico da comunidade, participei nas sessões dinamizadas pelo EEESMO e preparei uma das temáticas a abordar, já previamente definidas no cronograma do curso. A temática selecionada para desenvolver no CPPP foi o puerpério, abordando desde modo o conceito, os desconfortos e autocuidados inerentes, a sexualidade, os métodos contraceptivos, os sinais de alarme durante esta fase e os cuidados/recomendações

a ter em conta nas visitas ao domicílio no primeiro mês de vida do RN. Para que isto fosse possível, foi realizado uma pesquisa profundada acerca da temática de acordo com a prática baseada na evidência científica mais atual, conduta que adotei em todo o ensino clínico. Desenvolvi, assim, uma apresentação dinâmica e apelativa, com os conteúdos desenvolvidos, numa linguagem clara e acessível à grávidas e pessoa significativa (Apêndice 10). Foi criado um ambiente de abertura e confiança, que permitiu a interação das grávidas e respetivos acompanhantes, em que todas as questões se tornaram um complemento fundamental à sessão.

O projeto do CPPP da UCC tinha em curso o desenvolvimento de um *e-book* de suporte ao mesmo, com o objetivo de ser disponibilizado às grávidas no final das sessões e constituir assim uma ferramenta de apoio no domicílio. Um dos capítulos em falta era o puerpério e, tendo em conta ter sido a minha temática selecionada para abordar, todo o estudo e pesquisa realizados permitiram-me a criação desde capítulo do *e-book*. De referir que, dos restantes capítulos, alguns estavam incompletos e, por isso, procedi à revisão do capítulo da amamentação, desconfortos da gravidez, indução do TP e TP, sempre em consideração as recomendações e evidências mais atuais, o que permitiu a finalização do *e-book* com base científica atual. Salienta-se que todo o design do *e-book* foi realizado por mim, como posterior aprovação das enfermeiras autoras, tendo sido pensado numa perspetiva de fácil leitura e que fosse visualmente atrativo (Apêndice 11).

O plano de parto, de acordo com o Guia Orientador de Boas Práticas (Cardoso, et al., 2023), deve ser abordado até às 18-20 semanas, o que irá permitir identificar as reais necessidades da grávida, em cuidados específicos. Este, é definido como uma planificação do parto, escrito ou oral, realizado pela mulher e pessoa significativa, onde explicita as preferências, desejos de natureza individual, crenças e valores (Cardoso, et al., 2023). Durante a minha prestação de cuidados, na colheita de dados para a avaliação inicial, tive sempre como foco a abordagem ao plano de parto da grávida e pessoa significativa, conhecendo assim o casal, entendendo as suas preferências e desejos, através de uma comunicação com base numa relação de empatia e confiança. Esta intervenção proporcionou-me a determinação e planeamento das intervenções de enfermagem, personalizadas para cada casal.

O risco gestacional deve ser avaliado na primeira consulta preconcepcional ou de gravidez, e em todas as interações seguintes, através da Escala de Goodwin modificada, tendo em conta que determina a vigilância adequada da gravidez, assim como para a prevenção e controlo precoce de complicações (DGS, 2023b). A avaliação do risco gestacional inclui tanto a informação obtida na colheita de dados (englobando aspetos demográficos, culturais e socioeconómicos), como os exames laboratoriais e imagiológicos, e que irá condicionar a necessidade de vigilância acrescida, incluindo a transferência de cuidados para outras unidades de saúde (DGS, 2023b). Contatei com grávidas de risco, que possuem critérios que carecem de internamento para uma vigilância contínua, com a implementação das intervenções autónomas de enfermagem. A avaliação do bem-estar materno (estado geral, integridade da pele e mucosas, sinais vitais, peso, altura, índice de massa corporal, AFU, sinais

e sintomas) e a avaliação do bem-estar fetal (percepção dos movimentos fetais pela grávida, avaliação dos batimentos cardíacos fetais e cardiotocografia [CTG]), tornam-se fulcrais para detetar alterações importantes, atuando de forma rápida e precoce. De referir que a leitura do CTG é reproduzida em telemetria na sala de trabalho de enfermagem, assim como num ecrã de grandes dimensões do corredor, o que permite uma vigilância constante.

Ao longo do decorrer de todo o ensino clínico tive oportunidade de desenvolver as competências exigidas, o que me permitiu fazer uma vigilância rigorosa destas grávidas, detetando precocemente alterações e prevenindo complicações maior para a mulher e feto. A auscultação dos batimentos cardíacos fetais (ABCF) é realizada a todas as grávidas internadas até às 32 semanas, três vezes por dia ou mais, se se justificar. Após esta IG, é preconizado a realização de CTG três vezes por dia, durante cerca de 30 minutos se não tiver anomalias, pois caso contrário, permanecerá mais tempo. Oliveira e Sá (2020) referem que a CTG, método não invasivo, permite a monitorização dos batimentos cardíacos fetais, com o objetivo primário de avaliar a vitalidade do feto (oxigenação) através do registo gráfico da frequência cardíaca fetal (FCF), dos movimentos fetais e das contrações uterinas e que, sendo realizada anteparto tem como foco o acompanhamento da saúde fetal na gestação, prevenindo complicações precocemente.

A ameaça de parto pré-termo (APPT) foi uma das patologias que mais contactei, que corresponde à existência de contratilidade uterina frequente, sem impacto no colo do útero, antes das 37 semanas de gestação. Se se verificarem alterações na dinâmica uterina, nomeadamente na dilatação ou extinção do colo do útero, pode-se definir como TP pré-termo efetivo (Graça, 2017). As intervenções autónomas de enfermagem foram sempre implementadas de acordo com o preconizado, assim como a adequação da avaliação da grávida ao seu diagnóstico. O planeamento dos cuidados prestados às mulheres internadas com este diagnóstico têm como foco a prevenção secundária e terciária, identificando sintomas e sinais precoces de TP, terapêutica dirigida (incluindo protocolo de maturação pulmonar fetal) e educação para a saúde, com o objetivo de capacitar a mulher/casal para reconhecer indícios sugestivos de início de TP pré-termo (diminuição dos movimentos fetais; dor/pressão na região intra-abdominal, suprapúbica ou lombar; contrações uterinas dolorosas ou não dolorosas, em períodos inferiores a dez minutos, alteração ou aumento do fluxo vaginal (Graça, 2017).

Os distúrbios da tensão arterial, como hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia, foram também patologias muito comuns neste serviço. A hipertensão gestacional surge após as 20 semanas de gestação, sem critérios de gravidade, enquanto a pré-eclâmpsia se manifesta por hipertensão após as 20 semanas (tensão arterial diastólica superior ou igual a 90mmHg e/ou tensão arterial sistólica superior ou igual a 140mmHg), associada a proteinúria (superior ou igual a 0,3 gramas na urina de 24 horas ou numa amostra de rotina), trombocitopenia, alterações visuais e cefaleia (Monteiro & Leite, 2016). Ao evoluir para eclâmpsia, assiste-se a uma manifestação neurológica da pré-eclâmpsia caracterizada por convulsões tónico-clónicas. A prestação de cuidados de enfermagem é planeada com uma avaliação da tensão arterial de oito em oito horas, ou sempre que se justificar uma reavaliação, após avaliação de uma

hipertensão e implementação de medidas. Os sinais e sintomas, anteriormente referidos, são igualmente avaliados de forma contínua, o que permite detetar agravamento de forma precoce, e intervir com base na prevenção de complicações.

O aborto define-se como uma interrupção da gravidez antes das 22 semanas de gestação ou peso inferior a 500gr, que pode ser espontânea (causa natural, designado como aborto espontâneo [AE]), terapêutico (causa clínica, designado como interrupção médica da gravidez [IMG]) ou voluntário (decisão pessoal da mulher, designado interrupção voluntária da gravidez [IVG]) (Miranda, Miranda & Vermelho, 2016). Assim, no âmbito das consultas de ginecologia, pude contactar com mulheres que vivenciam uma (ou mais) IVG. De acordo com a alínea e) do nº 1 do artigo 142º do Código Penal, por opção da mulher, esta pode realizar IVG nas primeiras 10 semanas de gravidez (Diário da República, 2024). No hospital onde realizei os ensinamentos clínicos, não se realizam estes procedimentos. No entanto, todas as mulheres que recorrem ao SUOG com esta intenção, são encaminhadas para uma Unidade de Saúde, oficialmente reconhecida, certificada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da DGS, contratadas anualmente para este efeito (Sistema Nacional de Saúde, s.d.).

De acordo com o Relatório de Análise dos Registos das Interrupções da Gravidez referente a 2022 foram registadas um total de 15870 IVG, correspondente a 96,4% do número total de interrupções de gravidez, perfazendo um acréscimo de cerca de 15% em relação a 2021 (DGS, 2023a). Desta forma, pude observar que existe uma taxa significativa de mulheres que recorrem a IVG pelo menos 1 a 2 vezes, existindo mulheres com uma recorrência de 4 a 5 IVG num espaço de tempo muito curto. De forma a evitar a continuidade de ocorrência de gravidezes não desejadas, a enfermeira responsável pelo planeamento familiar nas consultas de ginecologia, contacta cada mulher que já optou pela IVG, colocando à disposição uma consulta de planeamento familiar, onde lhe serão explicados todos os métodos contraceptivos disponíveis e respetivas vantagens, em oposição às desvantagens de uma ou várias IVG. A adesão é significativamente positiva, apesar de existirem mulheres que não atendem as chamadas, ou que quando atendem, recusam a consulta. Em 2022, cerca de 93% das mulheres que realizaram IVG optaram, posteriormente, por um método contraceptivo, em que 35,1% escolheu um método de longa duração (dispositivo intrauterino, implante hormonal subcutâneo ou laqueação de trompas (DGS, 2023a).

O AE e a IMG foram menos comuns, mas também tive oportunidade de prestar cuidados às mulheres e respetiva família. Todas estas situações criaram uma atmosfera de tristeza e angústia para a mulher e família, o que requereu um maior acompanhamento e vigilância do estado emocional da mesma. A depressão da mulher no pré-natal é comum e relaciona-se, não somente com situações clínicas maternas e fetais, como também com AE e IMG, sendo a prestação de cuidados de enfermagem primordial na prevenção do transtorno e na promoção da saúde mental da mulher (Silva, Giannini & Neves, 2023). Posso nomear uma situação de AE, numa mulher de raça negra que estava a vivenciar o quarto AE, sem que existisse uma causa médica identificada. Na cultura africana, as mulheres que não conseguem ter filhos, são classificadas como “secas” (*sic*), sentindo-se incapaz de realizar um dos seus

propósitos de vida, o que gera sentimentos de tristeza e angústia e requer um planeamento de intervenções ajustada aquela mulher. Tive, igualmente, contato com situações de IMG, podendo nomear uma mulher de 31 anos com 11 semanas, em que na primeira ecografia é diagnosticada uma doença extremamente rara, incompatível com a vida do feto extrauterina. Não somente na grávida, como nos familiares, era notória uma grande tristeza e medo. Nestas situações anteriormente descritas, além da vigilância da mulher, com especial atenção às perdas hemáticas vaginais, era também disponibilizada escuta ativa e toque terapêutico em que, por vezes, apenas o estar presente, em silêncio, já proporcionava o apoio que precisavam.

Ao identificar o risco psicológico e emocional da mulher, o enfermeiro deverá colocar em prática estratégias eficazes para a prevenção da depressão, diminuindo a probabilidade de evolução patológica e, naturalmente, o sofrimento mental (Silva, Giannini & Neves, 2023). Vários foram os momentos de partilha entre mim e as mulheres, de forma a potenciar o bem-estar das mesmas. Isto permitiu que as mulheres estabelecessem uma relação de confiança, partilhando os seus sentimentos e emoções, verbalizando que se sentiam mais “leves” (*sic*) e menos angustiadas.

O momento da alta é considerado um momento importante para a realização de educação para a saúde. O EEESMO deverá estar dotado de conhecimento científico, de forma a planear e implementar um processo educativo com o objetivo de garantir que a grávida possa usufruir de uma gravidez saudável e associada a menos riscos (Pereira, 2020). Assim, tentei sempre adequar os ensinamentos ao trimestre e à patologia, abordando: hábitos alimentares, suplementação com ácido fólico e ferro, conforto e higiene, vestuário e calçado, desconfortos da gravidez, atividade física, sono e repouso, sexualidade, medidas de prevenção de infeção, consumos aditivos, sinais e sintomas de alarme e complicações na gravidez.

Segundo Omizzolo e Ramos (2021), os registos de enfermagem que sejam descritivos e completos, com a evolução clínica, riscos inerentes e resposta aos cuidados prestados, possibilitam a organização dos serviços de forma mais clara e coerente, favorecendo também a comunicação entre a equipe de saúde envolvida, sendo assim classificados como fundamentais para garantir a continuidade da prestação de cuidados. Assim, tanto a nível hospital como nas consultas de vigilância da gravidez de baixo risco que pude experienciar, os registos foram efetuados no sistema informático e no BSG que, de acordo com DGS (2023b), em cada interação com a grávida, os profissionais de saúde devem realizar o adequado preenchimento, uma vez que são responsáveis pela transmissão de informação clínica essencial à continuidade dos cuidados. De realçar que os registos de enfermagem foram efetuados de forma completa e individualizada.

A prestação de cuidados deve ser individualizada e personalizada, respeitando culturas, valores e crenças diversas. As barreiras linguísticas e culturais podem afetar negativamente os cuidados de enfermagem, comprometer a segurança dos clientes e modificar o ambiente de trabalho (Listerfelt et al, 2019). A diversidade cultural, no âmbito do EEESMO na gravidez patológica, foi notável. Segundo dados estatísticos disponibilizados pela unidade

hospitalar, durante o ano de 2023, no internamento de materno-fetal, estiveram internadas 170 mulheres grávidas, realçando que 22,9% eram mulheres migrantes. Deste modo, a barreira linguística foi um dos aspetos que identifiquei como dificultador da prestação de cuidados, tal como conclui com a análises dos estudos incorporados na ScR. Shopo et al. (2022), Navarro-Prado et al. (2022) e Obionu et al. (2023), nos seus estudos, aferiram que a comunicação ineficaz, que engloba a incompreensão verbal, barreiras linguísticas e problemas com intérpretes, culmina na incapacidade dos EEESMO prestarem apoio às mulheres parturientes.

No referido contexto, as mulheres provenientes de outros países, além de não dominarem o idioma português, também não dominavam o inglês, o que limita a comunicação ao uso de tradutores online, em que muitas vezes não funciona ou não traduz de forma correta e adequada. Ao abordar a Enfermeira orientadora, também esta identificou a barreira linguística como uma limitação na comunicação, indo de encontro à evidência científica. Sugeri a elaboração de um Manual Facilitador da Comunicação com a Grávida, de forma a simplificar a comunicação nas intervenções diárias realizadas a estas mulheres. De acordo com Campinha-Bacote (2008), o enfermeiro deve ser dotado de sensibilidade cultural, que lhe permitirá reconhecer, valorizar e respeitar as diferenças culturais entre indivíduos, através de uma consciência profunda das normas, valores, crenças e práticas de diferentes culturas, bem como uma disposição para adaptar abordagens e comportamentos de forma apropriada e respeitosa ao interagir com pessoas de origens culturais diversas. Este manual, ao constituir-se uma abordagem adaptada de comunicação com a mulher migrante, incluiu vários procedimentos, situações do dia-a-dia e sugestões de medidas não farmacológicas, numa linguagem simplificada e de fácil perceção, nomeadamente: Pressão arterial; Glicémia capilar; Catéter venoso periférico; Análises de sangue; Terapêutica (Hidratação; Antibiótico Endovenoso; Analgésica); Cervicometria; CTG; Indução do trabalho parto (Oral; Jugal; Fundo Saco Posterior; Balão Cervical); Bola pilates; Caminhada; Duche; Ecografia; Consultas e exames Extra-hospitalares. Todos estes termos foram traduzidos em doze idiomas: português, inglês; francês; alemão; romeno; russo; indonésio; crioulo; urdu (paquistão); híndi (Índia); chinês e japonês. Ficaram disponíveis dois exemplares no serviço, impressos e devidamente encadernados (Apêndice 12), para que constitua um elemento de apoio na comunicação intercultural nos cuidados de saúde materna e obstétrica prestados durante o internamento. De referir que todas as folhas do manual foram devidamente plastificadas, para que possam ser tomadas as medidas de higienização adequadas.

O contexto do desenvolvimento de competências no período pré-natal, foi marcado por uma experiência inigualável, com a realização de consultas de vigilância de gravidez numa região a leste da Guiné-Bissau. Foi incorporado numa missão de voluntariado, através de uma Organização Não Governamental (ONG), que tem como finalidade a ajuda humanitária nas mais diversas áreas, nomeadamente a saúde (Anexo 2). Pretendeu-se que esta oportunidade me permitisse desenvolver a competência cultural, enunciada pelo modelo teórico de

Campinha-Bacote (2002), ao aprofundar conhecimento cultural, ao promover os encontros culturais, e o desejo cultural.

Tabanane, a aldeia a leste da Guiné-Bissau, é uma região muito isolada, em que o centro de saúde mais próximo encontra-se a vários km de distância e, além das vias de deslocação estarem muito degradadas, não existem veículos para se descolarem acessíveis a todos. Deste modo, a maioria das mulheres grávidas não são vigiadas, ou observa-se apenas registo da primeira consulta e não adesão às restantes, pelo difícil acesso aos cuidados de saúde. Durante cinco dias, foi-me possível colaborar em consultas de vigilância de gravidez no centro de Tabanane, sob orientação de uma Enfermeira parteira que exerce funções num dos centros de saúde da periferia, com a avaliação de sinais vitais, glicémia capilar, peso, altura, medição do fundo uterino e ABCF.

Além de poder estar com estas mulheres de perto, e conhecer a cultura de forma mais pormenorizada, a Enfermeira parteira também me foi explicando muitos detalhes sobre o dia-a-dia destas mulheres enquanto grávidas. A barreira linguística também se constituiu um desafio, uma vez que a Língua Fula é a predominante. Segundo Sicó (2021), a Guiné-Bissau é um país considerado rico na sua diversidade cultural, uma vez que contempla diversas línguas étnicas, e que a sua continuidade na comunicação garante as identidades culturais presentes. Cá e Rubio (2019) referem que existe mais de 20 grupos étnicos, em que seis desses grupos totalizam mais de 80% do total populacional. O grupo étnico Fula, incluído nesse grupo de seis, representa 20%, sendo falada em diversos países da África Ocidental, como Senegal, Gâmbia, Mali, Guiné, Nigéria, Camarões e Sudão (Cá e Rubio, 2019). Segundo o site Dados Mundiais (2023), o Fula não constitui uma língua oficial em nenhum país, mas é classificado como língua materna. Cerca de 29,2 milhões de pessoas em todo o mundo falam esta língua, sendo na Nigéria a maior percentagem, com 10,93 milhões de falantes nativos.

Entendi que não existe planeamento familiar algum, e que a maioria das mulheres não tem poder para optar pelo seu companheiro. As gravidezes, naquela zona, ocorrem normalmente aos 18 anos e a mulher não altera a sua rotina diária em nada. Culturalmente, a mulher é destinada diariamente a acordar muito cedo para tratar dos filhos, da casa, da roupa, da limpeza e manutenção da aldeia e da preparação da comida e em nada altera a rotina devido à gravidez. Diariamente, pude observar mulheres com IG avançada com grandes alguidares na cabeça, cheios de água, roupa ou comida. Em relação à alimentação, a primeira refeição ingerida é por volta das 15-16h, após a realização de todas as tarefas anteriormente mencionadas. Segundo a Enfermeira Parteira, as mulheres são maioritariamente de estrutura magra, e todos estes aspetos refletem-se num ganho de peso mínimo durante a gravidez.

Como não existe o uso de métodos contracetivos nesta região, tanto pela dificuldade em adquirir, como pela não-aceitação a nível cultural, a taxa de Vírus da imunodeficiência humana (VIH) é elevada. As grávidas que tinham aderido à primeira consulta de vigilância de gravidez, realizada no centro de saúde, tiveram, por isso, acesso a uns exames laboratoriais, em aproximadamente metade podia-se observar o VIH positivo registado no BSG. São grávidas sem seguimento e sem terapêutica adequada. Outro dado complementar é a maioria

dos partos decorrem na comunidade, com apoio das outras mulheres e sem recurso a uma unidade de saúde. Além do risco de propagação da doença para outras mulheres não infetadas, existe o risco de transmissão vertical para o bebé, conjuntamente com a alimentação do RN, que maioritariamente é o aleitamento materno. De acordo com a Enfermeira Parteira, mesmo que as mulheres aderissem de forma mais rigorosa à vigilância na gravidez e fossem informadas destes riscos, o cumprimento seria igualmente insuficiente, devido à carência económica que as impossibilitava de se dirigirem ao centro de saúde para o momento do parto, e de adquirirem leite artificial.

Realço que a totalidade das mulheres que contactei sofreu de mutilação genital feminina, e que quando questionadas acerca da decisão de o praticar, caso o bebé fosse do sexo feminino, a maioria respondeu que não sabia, ainda, o que iria fazer. Quando confrontadas com a informação de atualmente esta prática é um crime, alegaram que também não tinham conhecimento. A Enfermeira parteira explicou que, apesar de legalmente ser crime, atualmente ainda existe a crença cultural que as mulheres devem continuar esta prática, para serem consideradas “puras” (sic) e aceite pelos restantes membros femininos da família. Esta foi uma das áreas de intervenção na educação para a saúde que incidimos em todas as mulheres, não somente dando a conhecer que é crime, como também todas as consequências para o bebé. De destacar que, no livro de vigilância da grávida da Guiné-Bissau, além de registar todos os dados colhidos anteriormente, uma das opções para registar era se tinha mutilação genital feminina, denominado como “fanado” (Anexo 3).

A hipertensão na gravidez é, também, uma das patologias mais comuns nas mulheres desta região. Porém, como não conseguem ter uma correta adesão à vigilância da gravidez, não realizam avaliação regular da tensão arterial, nem exames complementares de diagnóstico, que possam descartar uma pré-eclampsia ou outras patologias associadas à hipertensão. Em todas as consultas tentámos abordar esta temática, alertar para os sinais de alarme que deveriam estar atentas e reconhecer, e que justificavam se dirigirem ao centro de saúde mais próximo.

É difícil de descrever, por palavras, toda esta vivência. A adesão às consultas foi enorme, chegando até nós mulheres provenientes de outras aldeias vizinhas, para que pudessem ter acesso a esta consulta, o que me levou a concluir que estas mulheres grávidas valorizam a sua gravidez e percebem a importância da vigilância, porém não têm capacidade financeira para o puderem executar devido à distância. Resta-me afirmar, genuinamente, que foi uma das experiências mais ricas a nível pessoal e profissional que vivi, e que me proporcionou o desenvolvimento da competência cultural referida por Campinha-Bacote (2002), imprescindível na prestação de cuidados de excelência do EEESMO. Tive oportunidade de partilhar esta experiência no *Internacional Seminar Sexual Education: Promoting European Health*, através de uma comunicação oral (Anexo 4), que se pode consultar no apêndice 13.

Em suma, considero que este objetivo foi alcançado.

O objetivo seguinte compreende ***desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais, garantindo uma prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.***

Segundo Fatia e Tinoco (2016), o TP é definido como um “conjunto de fenómenos fisiológicos, que, uma vez induzidos ou espontâneos, conduzem à extinção cervical, à dilatação do colo uterino, à progressão fetal no canal de partos e à sua expulsão para o exterior” (p. 308). O início do TP define-se com instalação das contrações uterinas regulares e dolorosas, tanto em intensidade como em frequência, em simultâneo com o apagamento cervical e dilatação. Divide-se em quatro estádios: 1º) apagamento e dilatação do colo; 2º) período expulsivo; 3º) dequitação; 4º) puerpério imediato, delimitado às duas horas após o parto (Fatia & Tinoco, 2016). Dentro do primeiro estágio do TP, pode-se definir a fase latente (onde ocorre o amolecimento e apagamento cervical, juntamente com uma dilatação cervical progressiva até 5 centímetros [cm]) e a fase ativa (que corresponde à presença de contrações uterinas rítmicas com uma dilatação igual ou superior a 5cm e um apagamento do colo uterino igual ou superior a 80%) (Leveno, 2014).

O primeiro contato que tive com parturientes no primeiro estágio do TP foi no contexto de internamento materno-fetal, onde são admitidas mulheres para indução do TP, e o mesmo se inicia e progride. Além disso, todas as grávidas internadas poderão iniciar o primeiro estágio do TP e, por isso, é necessário estar desperto para todos os fatores de alerta. Assim, aquando da admissão de uma grávida para indução do TP, é realizada uma colheita de dados, que tem por base uma análise do BSG e uma entrevista informal abordando profissão e situação laboral (descartando fatores de risco social), antecedentes pessoais e familiares, estado civil, história ginecológica e obstétrica, adição de substâncias, sinais vitais, IO, IG, vigilância da grávida e realização de exames ecográficos e laboratoriais, participação em CPPP, plano de parto realizado e cervicometria.

A indução do TP designa-se como a “estimulação artificial de contrações uterinas antes do início do TP espontâneo” (Glenn et al., 2014, p. 152). A sua aplicabilidade deve-se a situações em que as vantagens da antecipação do TP excedem os possíveis riscos para a mãe e para o feto, nomeadamente: rutura prematura espontânea das membranas, pré-eclampsia, poli-hidrânio, descolamento de placenta ou placenta prévia, morte fetal intrauterina, gravidez pós-termo, diabetes, restrição de crescimento intrauterino, macrosomia, corioamnionite e isoimunização (Glenn et al., 2014).

Durante a vigilância da grávida submetida a indução do TP, o bem-estar fetal é avaliado através de CTG, que proporciona uma diminuição dos efeitos adversos para o feto ao detetar situações de risco de forma precoce (Santana & Figueiredo, 2016). Pude observar inúmeros CTG, onde foram visíveis contrações tardias e precoces, com contração uterina regular e irregular e com amplitude pequena, média ou alta, bradicardia e taquicardia fetal, e uma reduzida variabilidade. Nas desacelerações da FCF de difícil recuperação, por exemplo, foi sempre dialogado com a Enfermeira orientadora de forma a reconhecer situações em que é necessário solicitar ajuda da equipa médica, simultaneamente à implementação de

intervenções, já mencionadas anteriormente. Claro que, situações não revertidas, advieram em partos distócicos. Ao observar estas evidências e alterações, pude relacionar os conteúdos estudados com a prática clínica, e adquirir conhecimentos em intervenções colocadas em prática de forma a anteceder complicações. Exemplo disso, aquando da admissão de uma grávida para realizar indução do TP, é colocado o CTG de forma contínua após a administração da terapêutica indutora, assim como a colocação de um acesso venoso periférico que fica obturado, e a preparação de um soro fisiológico com glucose, que fica expurgado à cabeceira da cama. De salientar que, para uma correta colocação do foco do CTG para a monitorização da FCF, foi necessário a realização das Manobras de Leopold, com o objetivo de avaliar e caracterizar a posição fetal no útero e assim garantir uma monitorização correta. Esta manobra exigiu muita prática e apoio da Enfermeira orientadora, para que conseguisse realizar como sucesso esta avaliação.

Posso relatar uma situação de uma grávida de 41 semanas, internada para indução do TP por IG prolongada que, já com todas estas intervenções implementadas aquando da admissão, observa-se uma bradicárdica fetal no CTG de cerca de 60 batimentos por minuto (bpm), em que rapidamente se implementou medidas de reanimação intrauterina, conseguindo-se reverter a FCF para valores dentro da normalidade: administração do soro preparado para correção de hipovolémia materna; administração de oxigenioterapia para aumentar o aporte de oxigénio; aplicação da manobra de Gaskin para evitar a compressão da veia cava ou uma possível compressão do cordão umbilical e, assim, potenciar a perfusão uteroplacentar; interrupção da perfusão de ocitocina; solicitar apoio à equipa médica (Silveira & Júnior, 2018).

A cervicometria permite uma avaliação do índice de Bishop, avaliando a dilatação cervical, apagamento cervical, consistência cervical, posição cervical e altura da apresentação. Especificamente, ocorre a avaliação das características físicas do colo, conseguindo aferir se estamos perante um colo maduro ou um colo não preparado, concluindo acerca da evolução do TP (Glenn, 2014). Sendo um procedimento que nunca tinha efetuado, apenas em contexto de aula com recurso a um modelo, exigiu um aprofundamento do estudo, tentado sempre realizar este procedimento quando possível, se consentido pela mulher. O facto de realizar conjuntamente com a Enfermeira orientadora, fez com que gradualmente fosse adquirindo maior capacidade de perceção do que estava a avaliar através do toque, notando-se um grande crescimento individual a este nível.

As infeções vaginais e retais provocadas pela bactéria *Streptococcus* do grupo B (ou também denominado por *Streptococcus agalactiae*) podem provocar TP pré-termo, rutura prematura de membranas, corioamnionite, sépsis puerperal e infeções fetais através da transmissão fetal intraparto (Leveno, 2014). Desta forma, quando detetada positiva no final da gravidez, pelo risco de contaminar o bebé durante o parto, é preconizada a administração de antibioterapia após ocorrer a rutura espontânea da bolsa amniótica (REBA). Este também é um dado a recolher na colheita de dados inicial e, caso a mulher não tenha realizado este rastreio, é realizado aquando da admissão.

No âmbito do contexto em BP, pude acompanhar mulheres em todos os estádios do TP, permitindo-me reconhecer focos de atenção, formular diagnósticos de enfermagem e delimitar as respetivas intervenções de enfermagem, autónomas e interdependentes, tendo por base o meu projeto individual de estágio, orientado pelo Modelo de Competência Cultural desenvolvido por Campinha-Bacote (2002). De acordo com NANDA (2018), o EEESMO diagnostica a resposta humana de acordo com as condições de saúde/processos da vida, ou vulnerabilidades a essas condições, onde o diagnóstico definido integra a base para a seleção das intervenções de enfermagem, com o objetivo de obter os resultados pelos quais é responsável.

A proveniência das grávidas para o internamento nas salas de parto, pode ser da área ambulatorio do serviço de urgência obstétrica e ginecológica (SUOG) ou do serviço de internamento, onde o TP já se iniciou e/ou existiu REBA. Caso a grávida seja proveniente do SUOG, é realizada a admissão e acolhimento da mesma e respetivo acompanhante, que inclui uma avaliação inicial com colheita de dados completa (antecedentes pessoais e familiares, medicação habitual, alergias, profissão, hábitos e estilos de vida, grupo sanguíneo, história obstétrica e ginecológica; sinais vitais, IG, consulta do BSG, consulta das análises realizadas no terceiro trimestre de gravidez, realização de preparação para o parto e nascimento, experiência anterior em amamentação, cervicometria e registo dos dados evidenciados no CTG). Após esta colheita, é exequível o desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado e especializado com a grávida/família, incentivando a sua participação e garantindo uma prestação de cuidados personalizados, respeitando culturas, valores e diversas crenças. De referir que durante estes procedimentos, garanti sempre um ambiente acolhedor, tranquilo e com privacidade, promovendo um momento de partilha de sentimentos e emoções, e transmiti informação pertinente de forma simples e clara, esclareci dúvidas e informei acerca dos procedimentos e protocolos do serviço. A comunicação efetiva, entre as parturientes e os profissionais de saúde, assume-se como uma das 56 recomendações nos cuidados intrapartos estabelecidas pela OMS (2018), em que deverão ser utilizados métodos simples e culturalmente aceitáveis. O EEESMO, ao comunicar eficazmente, proporciona que a mulher e pessoa significativa consigam expressar as suas expectativas e emoções, verbalizando as necessidades de informação de forma fluida (Cardoso, et al., 2023). De referir que, segundo Cardoso et al. (2018), a comunicação eficaz torna a avaliação inicial e a implementação de intervenções mais competentes.

O TP fisiológico é assumido como a forma mais saudável para a mulher e respetivo feto, sendo caracterizado como uma abordagem centrada na força inerente e normal da fisiologia da mulher e do feto, em prol de intervenções dispensáveis, ineficientes ou adversas em relação à medicalização do parto (salvo se exista comprometimento do bem-estar materno ou fetal) (Cardoso, et al., 2023). Associado a esta abordagem, deverá ser promovido o empoderamento e a autoconfiança das mulheres, de forma a se sentirem capazes de vivenciar o TP e a estarem munidas dos recursos adequados às suas necessidades, o que irá contribuir para uma experiência de parto positiva (Cardoso, et al., 2023). De acordo com a OMS (2018)

uma experiência de parto positiva é caracterizada como uma experiência que alcança ou exceda as crenças e expectativas pessoais e socioculturais idealizadas pela mulher, incluindo o nascimento de um bebé saudável, num ambiente clínico e psicologicamente seguro, com o apoio de um acompanhante e de profissionais de saúde afáveis e tecnicamente competentes. Desta forma, ao longo da minha prestação de cuidados, tive sempre como foco o desenvolvimento da competência cultural, defendida por Campinha-Bacote (2002), aprofundando os vários elementos que a constitui. Aliado a esta competência, procurei também desenvolver as competências comunicacionais e interculturais em saúde, abordadas por Ramos e Ranger-S (2017), em específico as competências interculturais, através da realização da ScR e do vasto estudo ao longo dos últimos meses.

A vigilância do bem-estar fetal e a contratilidade uterina era avaliado através de CTG contínuo, em que os focos não possuem fios, possuem wireless e são resistentes à água, permitindo uma total liberdade de movimentos à grávida. Esta liberdade de movimentos permite que a grávida possa escolher qual a posição que mais lhe proporciona conforto e, adotando posições verticais, os mecanismos de encravamento e de descida fetal são facilitados, uma vez que existe um relaxamento do períneo e os ossos sacroilíacos conseguem ajustar-se, com o objetivo de aumentar os diâmetros da pelve e, por conseguinte, diminuir a duração do TP e a perceção de dor (Cardoso et al., 2023). A CTG contínua diverge com as orientações da OMS (2018), que não recomenda a mesma em mulheres grávidas saudáveis em TP espontâneo. Em contrapartida, e reforçando novamente as recomendações defendidas pela OMS (2018) para uma experiência de parto positiva, não foi realizada uma prestação de cuidados por rotina, nem realizados procedimentos de forma banal sem indicação para a grávida, nomeadamente: cervicometria repetitivamente, tricotomia perineal, enema de limpeza ou rotura artificial de membranas.

Relativamente à cervicometria, tal como referi anteriormente, foi um dos procedimentos mais complexos em termos de aprendizagem, exigindo muito apoio da enfermeira orientadora. Com a progressão do ensino clínico, fiquei dotada de uma maior capacidade de realizar este procedimento de forma mais rigorosa e confiante, proporcionando sempre um ambiente de privacidade e tranquilo e solicitando permanentemente o consentimento da grávida. De referir que, de acordo com a Orientação 002/2023 da DGS (2024), os exames vaginais deverão ser realizados com intervalos de tempo adaptados às queixas da parturiente durante o período latente da primeira fase do TP e, na fase ativa, de 4 em 4 horas, senão existir alterações que requeiram avaliação antes deste intervalo de tempo.

O EEESMO deve realizar uma vigilância rigorosa e estar desperto para quaisquer complicações que surjam durante o primeiro estágio do TP, através da avaliação: dos três componentes envolvidos no TP (feto, contrações e canal de parto), da pélvis óssea e resistência dos tecidos moles, do bem-estar materno-fetal e dos sinais iminentes de início do segundo estágio (DGS, 2024). Durante a minha prestação, pude presenciar algumas situações de CTG suspeito e patológico, nomeadamente situações de bradicárdia fetal que exigiram intervenção rápida com aplicação das medidas de reanimação intrauterina acima descritas,

enquanto solicitava apoio por parte da enfermeira orientadora e, consecutivamente, por parte da equipa médica. A maioria das situações reverteram, porém, pude assistir a uma situação de bradicárdia fetal mantida que, mesmo após implementação das medidas, exigiu parto distócico por cesariana de forma emergente. Desde modo, é possível classificar em TP de baixo risco ou em TP de vigilância acrescida, promovendo-se a antecipação de complicações obstétricas, o que tem relação direta com o bem-estar fetal e materno.

A amniotomia artificial, que consiste na rotura artificial da bolsa amniótica (RABA), foi um procedimento que tive, igualmente, oportunidade de experienciar. Este, não deve ser realizado por rotina, apenas com o objetivo de prevenir o atraso ou acelerar o TP (OMS, 2018). Porém, segundo Néné, Marques & Batista (2016), num CTG suspeito ou patológico, a RABA assume-se como um meio complementar de diagnóstico, uma vez que permite observar as características do líquido amniótico (LA) e determinar os fetos de maior risco. A presença de mecónio está relacionada com um aumento do risco de morte intraparto, morte neonatal e aumento da morbilidade neonatal, sendo que, um mecónio mais espesso pressupõe um pior prognóstico e aumenta o risco de morte perinatal cinco a sete vezes (Néné, Marques & Batista, 2016). Posner, et al. (2014) acrescentam, ainda, que em casos de FCF atípica ou anormal, pode ser necessária a implementação de monitorização materno-fetal interna, com a presença de um elétrodo no escalpe fetal.

A avaliação da dor deve ser realizada em todas as interações com o EEESMO, de forma a transmitir as medidas não-farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor, disponíveis no serviço e, consoante a escolha da grávida, assegurar a sua implementação (DGS, 2024). Na instituição de saúde onde realizei a vertente de BP, são disponibilizadas diversas medidas não-farmacológica, nomeadamente, bola de parto, cromoterapia, musicoterapia, massagem ao nível da região sagrada, lombar ou dorsal, hidroterapia e técnicas de respiração e relaxamento. Tive oportunidade de aplicar todas as medidas não-farmacológicas referidas, em que era notório um alívio das queixas algícas da grávida e, assim, aumento da satisfação e conforto. Apesar deste achado, conclui que, com o aumento da intensidade da dor devido às contrações, decorrente da progressão do TP, muitas grávidas solicitavam também medidas farmacológicas, em específico a analgesia epidural. Colaborei na realização da técnica de analgesia pela equipa de anestesistas, reforçando sempre o esclarecimento das dúvidas e realizando a vigilância hemodinâmica após a administração do bólus epidural, até 20 minutos após o estabelecimento do bloqueio e a cada 15 minutos posteriormente (DGS, 2024).

A presença permanente da pessoa significativa, sempre que possível e acordo com o desejo da mulher, foi promovido durante o decorrer do ensino clínico, conforme o artigo 12.º da lei n.º 15/2014. Respeitando as suas crenças, tive como foco a sua envolvência na prestação de cuidados através de ações que podem promover o bem-estar da mulher e alívio da dor, como o massagem ou a dança. O envolvimento da pessoa significativa, nestas atividades, evidenciou-se como uma estratégia eficaz para incentivar sua participação, estabelecer uma relação de confiança e entender os seus medos, dúvidas e expetativas, permitindo que a

mesma se sinta parte do processo (Gomes et al., 2019; Rosa et al., 2020). Além disto, o apoio emocional à mulher por parte da pessoa significativa promove o aumento da confiança e segurança para o parto, conseguindo expressar os seus sentimentos e opiniões aos profissionais de saúde.

Um dos desconfortos mencionados pela parturiente no primeiro estágio do TP era a sensação de sede e fome. Deste modo, e em concordância com a Enfermeira orientadora, ao avaliar a evolução do TP, a mulher e bem-estar fetal, proponha a ingestão de líquidos claros (água, sumo e chás), gelatina e gelados de água com saber a fruta (DGS, 2024).

Relativamente ao segundo estadio do TP, reconheço que foi um maiores desafios que ultrapassei na minha vida laboral/académica. Por mais dotada de conhecimento tivesse, através da leitura de livros, realização de esquemas, visualização de vídeos, as inseguranças e medos estiveram sempre presentes no início deste percurso. Muitas foram as dúvidas que foram surgindo a cada parto, uma vez que cada parturiente é única e cada parto é simultaneamente singular. Com o avançar do ensino clínico, consegui atingir uma maior autonomia e confiança, estando mais desperta para todos os fatores envolvidos, conduzindo a grávida no seu parto e conseguindo detetar precocemente possíveis complicações. O diálogo e reflexão com a enfermeira orientada foi fulcral para o meu desenvolvimento.

Mais uma vez, a comunicação intercultural tem um peso fundamental nesta fase do TP, permitindo capacitar, orientar e motivar a parturiente. De acordo com achados da ScR, as mulheres migrantes e de minorias étnicas sentem que não possuem oportunidades de se expressarem e, mesmo quando surge a oportunidade, as suas opiniões não são levadas em consideração (Obionu et al., 2023). A comunicação ineficaz, como a capacidade de escuta inadequada e a existência de barreiras linguísticas entre os EEESMO's e as mulheres resulta, muitas vezes, numa participação limitada das mesmas (Shopo et al., 2022). Desta forma, durante na minha prestação de cuidados, tentei sempre ser adaptável, com o objetivo de construir uma relação de confiança com as mulheres e, desta forma, desenvolver uma comunicação culturalmente segura e intuitiva (Capper et al., 2022). As habilidades de comunicação eficazes são indispensáveis, uma vez que proporcionam uma base para a parturiente estar envolvida de forma ativa na sua experiência do parto (Shopo et al., 2022). Assim, o reconhecer dos aspetos culturais próprios da mulher e o contexto de vida, proporcionará uma humanização do parto (Gracio et al., 2020). O EEESMO deve, durante a sua conduta, explicar todos os procedimentos, esclarecer dúvidas, motivar, capacitar, orientar, respeitar, elogiar e tranquilizar a parturiente, de forma a capacitá-la para gerir o seu parto da forma mais humanizada e positiva possível, através de um ambiente tranquilo, confortável, privado e sem fatores externos potenciadores de stress. De realçar que o EEESMO deve assistir a parturiente a adotar a posição que elegeu para o seu parto, mantendo a monitorização materno-fetal e a visualização do períneo de forma a avaliar sinais iminentes de laceração perineal (DGS, 2024).

Outro fator que tive sempre em atenção, durante este estadio, foi a presença de uma pessoa significativa para a mulher, uma vez que disponibilizam apoio, transmitindo informações

sobre o TP, superando lacunas de comunicação entre os profissionais de saúde e as mulheres e, desta forma, proporcionam conforto e alívio não farmacológico da dor (Navarro-Prado et al., 2022; Shopo et al., 2022).

A massagem perineal promove uma estimulação das terminações nervosas na pele, amplia a circulação sanguínea perineal, potencia a elasticidade e ductilidade do tecido perineal e, consequentemente, proporciona o relaxamento e flexibilidade dos tecidos na entrada da vagina, e favorecer a abertura do canal vaginal para a fase expulsiva do TP, permitindo uma experiência materna mais positiva (Lira, Santos & Yonamine, 2023). Tal como enuncia a DGS (2024) e a OMS (2018), deve ser proposto a realização da massagem perineal 3 a 5 vezes, durante o intervalo das contrações, com uma duração de cerca de 30 segundos, o que coloquei em prática na minha prestação, diminuindo assim o risco de lacerações do períneo. De realçar que, ao questionar as parturientes sobre a prática desta medida no terceiro trimestre de gravidez, nenhuma referiu que colocou em prática e, a maioria, desconhecia a sua existência, uma vez que não participou em programas de preparação para o parto e parto.

De acordo com Abrahão, et al. (2023), a episiotomia deve ser realizada apenas na iminência de lacerações pélvicas de terceiro e quarto graus. A DGS (2024) acrescenta que a episiotomia médio-lateral deve-se efetuar, ainda, em suspeita de hipoxia fetal, com o objetivo de abreviar a expulsão do feto. A OMS (2018) favorece estes achados, anunciando que não é recomendado a utilização rotineira da episiotomia. Dentro dos 43 partos que assisti, foram realizadas 12 episiotomias, justamente por estes dois motivos. Destaco o facto de que em todas as situações, as parturientes foram informadas no momento que este procedimento acarretava benefícios em específico para a situação atual, e foi sempre solicitado o seu consentimento. Em todos os partos, foi realizada massagem perineal, proteção do períneo e controlo da descida da apresentação no momento da distensão da vulva, como recomenda a DGS (2024), tendo-se obtido 10 períneos íntegros e 17 períneos com lacerações de grau I (Em anexo 5, pode-se consultar o registo de experiências).

Tive oportunidade, neste estadio, de vivenciar situações de desvio à normalidade, nomeadamente uma distócia de ombros, que representa uma emergência obstétrica geradora de stress. Foi resolvida após a aplicação da manobra de McRoberts, incidindo posteriormente na avaliação do RN e da parturiente, transmitindo-se tranquilidade e explicando o sucedido. Foi, sem dúvida, mais um momento enriquecedor de aprendizagem.

No parto distócico, parto gemelar, parto pélvico, suspeita de hipoxia fetal anteparto ou intraparto, suspeita de restrição de crescimento fetal, suspeita de corioamnionite, presença de mecónio espesso, gestação com menos de 37 semanas, diagnóstico pré-natal de malformação fetal major, distócia de ombros, prolapso do cordão umbilical, paragem cardiorrespiratória materna e RN hipotónico, com gemido, cianose, adejo nasal e tiragem/taquipneia, deve ser solicitada a presença de neonatologista na sala de partos (DGS, 2024). Nos partos instrumentados em que cooperei com o neonatologista, pude prestar cuidados ao RN, nomeadamente: avaliação do índice de Apgar, observação céfalo-caudal, comportamental e neurológica, a deteção de traumatismo decorrentes do parto ou de anomalias estruturais,

aspiração de secreções (apenas se estritamente necessário, de forma a garantir a permeabilidade das vias aéreas), avaliação do peso, administração da fitomenadiona 1mg intramuscular e colocação da pulseira de identificação do RN e da pulseira anti-rapto.

Durante o período expulsivo, assisti a 9 RN com circulares cervicais, em que 6 estavam realmente apertadas e existiu necessidade de realizar o corte imediato e rapidamente. Nas restantes 3 foi possível aplicar a Manobra de Somersault e desfazer a circular. O primeiro contato com esta situação foi sentido com nervosismo e receio, requerendo intervenção imediata da Enfermeira orientadora de forma a exemplificar as manobras e os cuidados a realizar. A observação direta das intervenções realizadas pela Enfermeira orientadora, o momento de reflexão e partilha com a mesma, e o estudo intenso permitiram-me obter cada vez mais autonomia e confiança, atingindo totalmente a autonomia no final do ensino clínico. A OMS (2018) recomenda a clampagem tardia do cordão umbilical, com pelo menos um minuto após o nascimento, o que foi concretizado sempre que possível, permitindo o corte do cordão por parte da parturiente ou da pessoa significativa com o objetivo de favorecer a vinculação. O contato pele-a-pele é, igualmente, um meio de promoção da vinculação, através do contato físico imediato entre a mãe e o filho, na região do abdómen materno, sempre que seja opção da mãe, e tendo em conta o comprimento do cordão umbilical (DGS, 2024). Todas as parturientes optaram pelo contato pele-a-pele, sendo um momento vivido com muita ternura na sala de partos, por todos os intervenientes.

Felicitei sempre os pais, com palavras de carinho e respeito, demonstrado empatia. Em colaboração com a Enfermeira orientadora, era sugerido o registo fotográfico do RN na balança, com o peso, assim como uma fotografia da tríade, promovendo a vinculação.

Outro aspeto que, em conjunto com a Enfermeira Orientadora, tive sempre em consideração foi a liberdade de movimento por parte da parturiente. Segundo a DGS (2024), esta deve adotar a posição que desejar, sempre sob a supervisão do responsável pelo parto. De facto, todas as parturientes tiveram oportunidade de adotar a posição que lhes fosse mais conveniente, de forma a se sentirem o mais confortável possível, e a proporcionar alívio da dor. A posição vertical é descrita como benéfica uma vez que melhora o fluxo uteroplacentário (reduzindo as alterações anómalas dos padrões de FCF), melhora a ventilação pulmonar materna e o equilíbrio ácido-base materno e fetal, aumenta a eficiência das contrações uterinas, torna os esforços expulsivos mais eficientes, favorece o encaixe e a descida da apresentação fetal, aumenta os diâmetros ântero-posterior e o transverso da bacia, aumenta a participação da parturiente no seu TP, aumenta o fluxo de endorfinas e diminui a sensação dolorosa (Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa, 2016). Durante a prestação de cuidados neste estadio do TP, incentivei sempre a adoção de posições verticais, nomeadamente sentada, cócoras, de joelhos e de quatro apoio, explicando as vantagens. Todas as parturientes aceitaram a sugestão e, embora a posição de semi-sentada fosse a mais optada, existiram algumas mulheres a optarem pela posição lateral e de cócoras. Foi, de facto, uma intervenção elogiada pela mulheres como um fator de alívio da dor e de conforto, proporcionado uma maior participação das mesmas.

O terceiro estadió foi, inicialmente, vivenciado com muita insegurança. A avaliação da integridade vulvar e perineal e a reconstrução do períneo foram intervenções que exigiram muito empenho e treino, para que conseguisse adquirir as competências desejadas. Adquiri um molde, onde pude treinar os pontos de sutura e o manuseamento dos ferros, de forma a facilitar a minha prestação. Esta estratégia, conjuntamente com todos os ensinamentos disponibilizados pela Enfermeira orientadora, possibilitaram que gradualmente me tornasse mais competente, tendo realizado no total de 33 episiorrafias, com total autonomia no término do ensino clínico. Posso realçar uma parturiente que apresentou uma laceração de grau I na região circundante ao meato urinário que, por hemorragia mantida, foi necessário realizar pontos de sutura, o que constituiu mais uma oportunidade rica de aprendizagem.

A dequitudadura ocorre com o descolamento da placenta da parede uterina, descida até à vagina e expulsão da mesma para o exterior do canal de parto. Neste estadió, recomenda-se a abordagem ativa, de forma a prevenir a hemorragia pós-parto, nomeadamente recurso a uterotónicos, gestão do cordão umbilical e massagem uterina (Posner, et al., 2014). As recomendações da OMS para uma experiência positiva de nascimento citam, identicamente, o uso da ocitocina como uterotónico e a tração controlada do cordão umbilical porém, a massagem uterina em mulheres a quem foi administrada ocitocina profilática não é recomendada (OMS, 2018). A DGS (2024), corrobora com as recomendações, fazendo ainda referencia à dosagem da ocitocina a administrar: 10UI em bólus endovenoso lento, seguido de perfusão com 5UI em soro fisiológico 500ml a 500cc/hora.

Durante a minha prestação, tive sempre como foco a prática baseada na evidência e as recomendações da OMS e, desta forma, coloquei em prática as intervenções anteriormente descrita, informando sempre as parturientes e solicitando o seu consentimento. Especificamente, avalei sempre a perda hemática e os sinais de descolamento placentário, realizei a extração da placenta através da aplicação da manobra de Jacob-Dublin, avalei o mecanismo de exteriorização (Shultz ou Ducan), inspecionei detalhadamente a placenta (inserção e número de vasos do cordão, comprimento o mesmo, integridade, caraterísticas da face materna e face fetal) e, por fim, o estado de contratura uterina, com a palpação do globo de segurança de Pinard. De realçar que, uma das parturiente apresentou perda hemática abundante, o que constituiu um desvio da normalidade e, por conseguinte, foi solicitado apoio da equipa médica.

Seguidamente à reparação do períneo, procedeu-se à revisão final do mesmo, da vagina e do colo, com posterior desinfeção e limpeza perineal, simultaneamente com explicação dos procedimentos à parturiente, e realização de ensinós acerca da prevenção de infeção, higiene perineal e caraterísticas dos lóquios. Após a parturiente estar devidamente confortável, era realizada a contagem dos ferros e a remoção do equipamento de proteção individual, de forma a garantir a segurança da mulher e a prevenção da retenção de materiais dentro da cavidade vaginal.

Relativamente ao último estadió do TP, o puerpério imediato, é definido como o período correspondente às duas horas após o nascimento, onde ocorrem processos hemostáticos -

miotamponamento e trombotamponamento - com o intuito de não ocorrer atonia uterina e, por consequência, hemorragia grave (Fatia & Tinoco, 2016). O EEESMO deve, durante estas duas horas, avaliar a perda hemática vaginal, a tensão arterial, o pulso radial e o estado de contratura uterina no período de 15 minutos, ou de forma mais frequente se existir abundante perda hemática; assegurar a restrição alimentar, avaliar a primeira mamada, observar o RN e avaliação a ligação mãe-filho e pai-filho (DGS, 2024).

Considero que neste estadio manifestei menor dificuldade, uma vez que a componente do ensino clínico decorrida no puerpério me munuiu de conhecimentos e competências. Desta forma, realizei todas as intervenções anteriormente referidas, atingindo a autonomia e as competências desejadas. Foi, igualmente, observado o penso da sutura abdominal, caso cesarina, assim como a avaliação da dor e da diurese, para detetar possível retenção urinária.

A OMS (2018), recomenda que os RN sejam colocados na mama o mais rapidamente possível após o nascimento, desde que clinicamente estáveis. A OMS e a UNICEF promoveram a iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, com o objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. A 4ª medida sugere que os serviços clínicos de obstetrícia com cuidados ao RN devem apoiar as mães a iniciar o aleitamento na primeira hora após o nascimento, com o objetivo de modificar procedimentos e hábitos dos serviços e, por consequência diminuir os índices de desmame precoce (OMS, 2018; UNICEF, 2019). A unidade hospital onde decorreu o ensino clínico referente ao BP, tal como mencionado acima, é um hospital amigo dos bebês, pelo que esta medida foi sempre respeitada.

Sousa, et al. (2024), mencionam que a amamentação precoce, designada por “*Golden Hour*”, é imprescindível para: promover o vínculo da díade, assegurar o suporte nutricional essencial e imunológico do colostro (garantindo o crescimento e desenvolvimento saudável do RN, com a redução de doenças, incluindo infeções respiratórias, otites, gastroenterites, alergias e asma), reduzir o risco de problemas digestivos (cólicas e obstipação), regular os sinais vitais do RN e promover o desenvolvimento dos músculos faciais e da mandíbula relevantes para a fala e linguagem. A UNICEF (2019) acrescenta, ainda, que reduz a mortalidade neonatal e diminui o risco de hemorragia da puérpera.

Respeitando sempre a decisão individual de cada mulher em relação à amamentação, e tendo por base os dados colhidos na avaliação inicial que incidem na vontade de amamentar, foi sempre promovida a amamentação precoce. Todas as parturientes que contatei quiseram estabelecer a amamentação logo após o parto e, mesmo em situações em que expressam uma má experiência anterior, demonstravam-se recetivas em iniciar com todos os melhoramentos possíveis. Claro que esta intervenção requer a realização de ensinamentos dirigidos a cada mulher e a cada RN, com as particularidades de cada um (com avaliação e caracterização da mama, mamilos e pega feita pelo RN, com identificação de possíveis dificuldades), com um apoio constante, demonstrando sempre empatia e disponibilidade.

Caso este estadio decorresse sem deteção de situações com desvio da normalidade, era fornecida alimentação sólida à mulher, com nova avaliação do estado de contratura uterina e da perda hemática vaginal. E, caso tolerância e estabilidade hemodinâmica, a díade era

transferida para o serviço de internamento de puérperas, validando novamente os ensinamentos realizados durante o período de internamento no BP. A DGS (2017), emitiu a norma 001/2017 acerca da comunicação eficaz na transição de cuidados em saúde, em que menciona que, de forma a garantir a segurança do utente, deve-se normalizar com recurso à técnica ISBAR. A mnemónica ISBAR corresponde à identificação (*identify*), situação atual (*situation*), antecedentes (*background*), avaliação (*assessment*) e recomendações (*request*), o qual teve sempre como referência na transição de cuidados das mulheres e RN.

De realçar que dos 43 partos que assisti, 15 mulheres eram de nacionalidade estrangeira. Posso destacar a barreira linguística, que dificultava a comunicação, a transmissão de ensinamentos e esclarecimentos, e que implicava menor participação da parturiente no seu TP e parto. Nos achados da ScR, foi dado destaque ao facto de os intérpretes puderem ser profissionais de saúde ou a pessoa de referência, o que foi colocado em prática. Apesar de sido acautelado a transmissão incorreta involuntária por parte da pessoa significativa, tal como alertado por Shopo et al. (2022), demonstrou-se uma prática benéfica uma vez que pude observar um maior envolvimento da parturiente, sendo possível o desenvolvimento de uma relação de confiança, com a mesma a seguir as indicações fornecidas por mim e pela Enfermeira orientadora.

Outro fator que tive em consideração foi a prática do modelo de continuidade de cuidados, uma vez que se demonstrou eficaz no aperfeiçoamento da comunicação e da empatia com as parturientes migrantes, na compreensão das suas necessidades, no fortalecimento da confiança, e na promoção de um ambiente mais acolhedor e mais seguro, com aumento do bem-estar das mesmas (Capper et al., 2022; Obionu et al., 2023). Assim, acompanhei as parturientes desde o primeiro estágio até ao último, sempre que possível, o que se demonstrou, de facto, muito positivo. Permitiu-me, ainda, demonstrar disponibilidade e respeito pela cultura, hábitos, crenças, valores e idioma, reconhecendo e compreendendo as semelhanças e as diferenças de cada cultura e assim, desenvolver a competência da comunicação intercultural.

No final, os registos referentes aos estádios foram inseridos no sistema informático, no partograma, no BSG, no livro de registos de partos presente no BP e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ). Inicialmente exigiu apoio e ensinamentos da parte da Enfermeira orientadora, mas que rapidamente as dúvidas foram esclarecidas e pude atingir a autonomia nesta intervenção.

Desta forma, considero que atingi este objetivo, uma vez que foram realizadas todas as atividades planeadas no projeto, desenvolvendo as competências na promoção da saúde da mulher durante o TP, na otimização da adaptação do RN à vida extrauterina, no diagnóstico precoce e na prevenção de complicações da mulher e do RN e na prestação de cuidados à mulher com patologia relacionada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o TP (Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio, 2019).

O objetivo posterior compreende ***desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais, garantindo uma prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.***

O puerpério é definido como um conjunto de alterações físicas e psíquicas, após o parto, com o intuito de o corpo e a mente regressarem ao estado prévio, antes da gravidez, atingindo a sua normalidade e, ainda, preparando-a para a amamentação (Ferreira, 2016).

Neste contexto, além do desenvolvimento de competências relacionadas com o bem-estar materno e adaptação ao pós-parto, também o RN é alvo de cuidados e avaliação. A intervenção do EEESMO deve ser focada na prevenção de complicações e na promoção da autonomia da puérpera, ao nível do seu autocuidado e no cuidado ao filho (Ferreira, 2016). Desta forma, sendo parto eutócico ou distócico, o primeiro levante é realizado após 6 horas do parto, caso a avaliação da puérpera esteja dentro da normalidade, nomeadamente avaliação dos cinco sinais vitais, involução uterina e hemorragia pós-parto. Este primeiro levante, acompanhado por enfermeiro, permite a realização de vários ensinamentos fundamentais nesta fase: autocuidado, higiene íntima, características e evolução dos lóquios. Após o parto, de forma gradual, o edema da região perineal vai diminuindo, e o processo de cicatrização das lacerações vaginais ou episiotomia vai ocorrendo, sendo necessário avaliar para detetar precocemente complicações (Glenn et al., 2014). Assim, a avaliação perineal é elementar, através da avaliação da sutura perineal, deteção de sinais inflamatórios, observação dos lóquios e do processo hemorroidal (se presente). Esta avaliação é realizada em todos os turnos, num ambiente de privacidade.

Relativamente aos cuidados ao RN, quando são admitidos no serviço de internamento, são avaliados pelo Enfermeiro que o acolhe, com uma avaliação dos reflexos e do estado geral. Também, neste momento, se inicia o Plano Nacional de Vacinação (DGS, 2020), com a administração da primeira dose da vacina contra a hepatite B (VHB), de acordo com os critérios estabelecidos no protocolo interno do serviço. De realçar que, devido ao contexto multicultural já mencionado anteriormente, a administração da vacina contra a tuberculose (BCG) é uma realidade constante antes do momento da alta clínica.

Diariamente, são prestados os cuidados de higiene e conforto no caso de primeiro banho, de forma a potenciar um momento de aprendizagem rico para a mãe/família. Este é um momento privilegiado para abordar, também, os cuidados ao coto umbilical, limpeza dos olhos, lavagem nasal, eliminações, mudança de fralda e sinais e sintomas de alarme no RN.

O internamento de puerpério foi, igualmente, marcado por um contexto multicultural. Em 2023, de acordo com dados estatísticos disponibilizados pela unidade hospitalar, este serviço acolheu 2625 puérperas, em que 54,3% eram mulheres migrantes. Durante a minha prestação de cuidados, e tal como aferi nos resultados da ScR, tive sempre em consideração os aspetos culturais inerente à mulher/casal, demonstrando uma atitude de respeito, empatia, compreensão e escuta ativa, reconhecendo assim a complexidade das identidades culturais (Shan et al., 2023). Capper et al. (2022) enuncia que a comunicação não-verbal pode superar os desafios da comunicação intercultural. Desta forma, sugeri a elaboração de um vídeo acerca

dos cuidados de higiene ao RN, apenas demonstrativo, para que constituísse uma ferramenta de apoio à comunicação. Além do vídeo, disponibilizei um panfleto com o QR Code de acesso ao vídeo, de forma a ser facilmente partilhado com as puérperas (Apêndice 14).

As orientações para a alta deverão ser iniciadas, pelo menos, um dia antes da alta hospitalar ou, se possível, desde o momento da admissão no serviço de obstetrícia após o puerpério imediato (Aued et al., 2023). Assim, no momento efetivo da alta, é fundamental aplicar as competências de educação para a saúde, de forma a aferir que a puérpera/família adquiram os conhecimentos acerca dos cuidados e sinais de alarme da puérpera (sinais e sintomas de infeções, hemorragia vaginal, alterações emocionais/psicológicas, periodicidade nas consultas de revisão, métodos contraceptivos, recursos na comunidade onde poderá recorrer) e do RN (integração de RN na família, alimentação do RN com leite materno ou leite artificial, cólicas, choro, eritema pela fralda, sono, vigilância de saúde do RN e periodicidade de consultas e segurança e prevenção de acidentes), esclarecendo todas as dúvidas. O planeamento da alta é assumido como uma estratégia de melhoria na prestação de cuidados, reduzindo riscos de complicações após a alta hospitalar (Aued et al., 2023).

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados, e numa perspetiva multicultural, a formação e a experiência proporcionam uma prestação de cuidados com enfoque na compreensão e respeito, acabando por eliminar juízos de valor (OE, 2021). Desta forma, além de todo o estudo contínuo baseado na evidência científica mais atual, ao longo dos últimos meses, tive oportunidade de frequentar o Curso em Aconselhamento Avançado em Aleitamento Materno, durante o mês de outubro de 2023 (Anexo 6), permitindo-me desenvolver o projeto “Cantinho da Amamentação”, que me foi sugerido no contexto da comunidade, e que se revelou um desafio muito interessante (Apêndice 15). Pude, assim, perceber a dinâmica do crescimento de um projeto desde raiz, nomeadamente quais as etapas a seguir, quais os objetivos que se pretendem atingir, quais os recursos necessários e quais as condições de funcionalidade possíveis, além de poder imaginar e criar um logótipo para o projeto (que se pode visualizar no Apêndice 15). Desenvolvi, neste seguimento, um *e-book* apenas focado na amamentação, servindo como suporte a todas as grávidas e puérperas que recorram ao Cantinho da Amamentação e não tenham frequentado o CPPP (Apêndice 16).

A população abrangida por esta unidade funcional, ainda no contexto da comunidade, tal como já mencionado acima, abarca várias culturas e etnias, em que a comunicação é dificultada pela barreira linguística. Focada neste aspeto, criei uma versão no idioma inglês do referido *e-book* da amamentação, para que possa servir de instrumento a uma prática de cuidado cultural (Apêndice 17). Desenvolvi, também, um *flyer* de divulgação do Cantinho da Amamentação para distribuir na comunidade, nomeadamente em pontos-chaves (como a Junta de Freguesia) e pelas restantes unidades funcionais pertencentes à área abrangida pela referida UCC (Apêndice 18). Ainda com o objetivo de tornar o projeto acessível a toda a comunidade diversificada, elaborei dois posters acerca das posições de amamentação, tanto para um bebé, como no caso de gémeos (Apêndice 19), apenas com imagens, em tamanho

A3, para que apenas com a observação seja possível a qualquer mulher, que recorra ao Cantinho da Amamentação, compreender a explicação fornecida.

Considero que desenvolvi atividades que me permitiram atingir este objetivo com sucesso.

O objetivo posterior compreende ***desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais, garantindo uma prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.*** Foi possível contatar com processos de saúde/doença ginecológica ao nível das consultas externa de ginecologia. Inicialmente é realizado o acolhimento da mulher, estabelecendo uma relação de empatia, disponibilidade e apoio, de forma a transmitir confiança. Após o acolhimento, é realizada uma avaliação inicial e colheita de dados à mulher, acerca da história clínica e obstétrica/ginecológica, assim como uma avaliação do estado físico da mulher, nomeadamente estado geral, sinais vitais, pele e mucosas, peso, altura e índice de massa corporal.

A colaboração na consulta médica, na área de ginecologia, e na realização de exames, foi sempre pautada de uma prestação de cuidados individualizados e personalizados, respeitando culturas, valores e crenças diversas. Deste modo, tive oportunidade de assistir a diversos exames de diagnóstico e tratamento, nomeadamente colposcopias, conizações e histeroscopias.

Relativamente às colposcopias, é considerado um exame de diagnóstico que permite a observação do colo do útero, vagina e vulva com o colposcópio, um aparelho que aumenta as imagens e permite fazer diagnósticos mais precisos. Este exame é geralmente recomendado para mulheres que têm um resultado alterado no exame de citologia Papanicolau, uma suspeita de HPV (Papiloma Vírus Humano) positivo ou nos casos em que durante o exame ginecológico seja observada alguma alteração. A conização consiste numa biópsia mais alargada do colo do útero, com a extração de uma parte do colo uterino em forma de cone, com a finalidade diagnóstica ou terapêutica. A histeroscopia trata-se de um procedimento que possibilita examinar o interior do útero, utilizando-se um aparelho (histeroscópio) que se introduz através do canal vaginal, sem que seja necessário recorrer a incisões na pele, permitindo investigar sintomas, diagnosticar doenças ou até realizar tratamentos (Sistema Nacional de Saúde, s.d.).

Além de assistir aos procedimentos, e correlacionar o diagnóstico com o respetivo exame, pude observar todos os materiais necessários e participar na sua preparação. Uma intervenção autónoma de enfermagem neste âmbito é a realização de consulta telefónica, que visa otimizar a acessibilidade aos cuidados a nível de ambulatório, prevenir complicações imediatas e tardias de procedimentos e reforçar os ensinamentos adequados a realizar durante o exame presencial, com a equipa multidisciplinar, promovendo o encaminhamento necessário. É dirigida às utentes seguidas nos exames especiais de ginecologia, garantindo o acompanhamento técnico, diferenciado e humanizado da utente, elevando a qualidade dos cuidados específicos na área da saúde da mulher. Esta consulta telefónica de enfermagem

ocorre antes do procedimento de histeroscopia (para a validação e orientação das utentes face à medicação prescrita de preparação do colo para o exame e aferir, igualmente, a fase do ciclo menstrual ideal à realização do exame), e após os procedimentos ablativos ou destrutivos, da vulva, vagina e colo do útero a que são sujeitas (para despiste de complicações e esclarecimento de dúvidas) na primeira semana após, e um mês após o procedimento.

No ano de 2023, segundo dados estatísticos fornecidos pela unidade hospitalar, foram realizadas 220 colposcopias, das quais 19,5% correspondem a mulheres de nacionalidade estrangeira e, destas, 58% provenientes de países da região africana em que o crioulo é o idioma de eleição. Relativamente à conização, foram efetuados 80 exames, entre as quais 32,5% foram a mulheres de nacionalidade estrangeira e, destas, 77% provenientes de países da região africana em que o crioulo é o idioma de eleição. Desta forma, um dado que pude observar, e que a Enfermeira orientadora também referiu, foi a preparação inadequada para os procedimentos, nas mulheres de raça negra pela barreira linguística, o que invalida a sua realização e, ainda, a fraca adesão aos cuidados necessários após o procedimento, potenciando possíveis complicações. O serviço possui panfletos que fornece às mulheres, antes e após os procedimentos, que contemplam as informações disponibilizadas na consulta de enfermagem telefónica. Porém, devido à barreira linguística, uma vez que o idioma predominante nestas mulheres é o crioulo, a informação não é percecionada de forma correta e na totalidade.

Um dos achados da ScR que realizei, identificado em três estudos, prende-se com o facto de as barreiras linguísticas poderem potenciar mal-entendidos e perceções erradas, limitando a compreensão de informações importantes (Navarro-Prado et al., 2022; Obionu et al., 2023; Shan et al., 2023). Assim, de forma a dar contributo nesta dificuldade identificada, propus a tradução de dois folhetos em crioulo, nomeadamente da colposcopia e da conização, que foi reconhecido como uma mais-valia na prestação de cuidados de enfermagem nesta área, por parte da equipa de enfermagem (Apêndice 19). A tradução foi enviada, em formato word, para o departamento de comunicação da instituição hospitalar, para que pudesse adquirir o mesmo formato e design dos panfletos já instituídos.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2014), a redução da incidência e da mortalidade por Cancro do Colo do Útero apenas é exequível através da prevenção primária e secundária. A prevenção primária corresponde à vacinação profilática contra o HPV, incluindo ou não no Programa Nacional de Vacinação, e a prevenção secundária diz respeito à realização de testes de rastreio ao colo do útero. Deste modo, também nesta área os ensinamentos assumem relevante pertinência e, por isso, tem-se como foco a sensibilização da mulher para a pertinência da vigilância de saúde ginecológica, reforçando a importância da realização de exames complementares de diagnóstico e de rastreios (nomeadamente do cancro do colo do útero e, também, da mama), de acordo com periodicidade definida, de forma que seja perceptível a sua importância na deteção de situações de risco precocemente.

Deste modo, admite-se que os objetivos eleitos foram alcançados com sucesso.

4 CONCLUSÃO

Com a conclusão do presente relatório de estágio, posso afirmar que os últimos meses foram repletos de estudo, desafios, reflexão, superar de expectativas e, sem dúvida, de desenvolvimento de competências. Foi um período de muita exigência a todos os níveis, mas que me permitiu alcançar os objetivos propostos com uma enorme satisfação e sensação de “dever cumprido”. Ao longo deste caminho, foi notório um crescimento pessoal e profissional, permitindo-me alcançar uma maior segurança na aquisição de conhecimentos e na prestação de cuidados, com uma autonomia gradual. A minha prática assentou, sempre, sobre os princípios éticos e deontológicos, pautada de respeito, sendo que o consentimento informado foi sempre assegurado.

A realização deste relatório permitiu-me refletir, criticamente, acerca de todas as atividades no âmbito da ESMO, que me propus atingir durante o ensino clínico e que, de facto, considero que foram atingidas. Esta reflexão promove a consolidação de saberes e o crescimento pessoal e profissional, com melhorias significativas no cuidado.

Todos os contextos do ensino clínico foram vividos com um sorriso, tendo-me sempre sido proporcionado um bom acolhimento por parte da equipa multidisciplinar, pautada por respeito e valorização, num ambiente de partilha e apoio constante e com enfermeiras cooperantes experientes e dedicadas, que me garantiram uma orientação contínua, com feedback construtivo. Tive sempre contacto com oportunidades ricas em aprendizagem, dotadas de diversas patologias e realço que, todos os contextos foram multiculturais, o que me permitiu desenvolver a competência cultural enunciada por Campinha-Bacote (2002, 2008, 2011).

De acordo com Campinha-Bacote (2002, 2008, 2011), a competência cultural é composta por cinco elementos fundamentais, que tive sempre como foco no desenvolvimento das atividades planeadas: consciência cultural, conhecimento cultural, habilidade cultural, encontros culturais e desejo cultural. Procurei sempre refletir sobre os meus próprios preconceitos, mitos e suposições, identificando-os e desmitificando-os. Aumentei o meu conhecimento cultural com estudo das distintas culturas, crenças e valores, incidência de doenças e respetivo tratamento e realizei uma colheita de dados culturalmente pertinente, valorizando os problemas enunciados pelas mulheres. A interação intercultural com as mulheres culturalmente distintas foi conseguida não somente pelos contextos do ensino clínico, como também pela experiência maravilhosa na Guiné-Bissau, que me permitiu explorar a cultura lado-a-lado com estas mulheres no seu local de conforto e segurança. Denota-se que a referida experiência foi sugerida à coordenadora de curso por mim, sendo evidente a motivação para me tornar perfeitamente informada, hábil e capaz de lidar com experiências interculturais mais eficaz e eficientemente.

Os achados da *ScR* e do estudo qualitativo proporcionaram-me entender a influência significativa que a comunicação intercultural assume na prestação de cuidados especializados, sendo notório que a barreira linguística é um dos maiores desafios para as mulheres migrantes,

famílias e profissionais de saúde. A dificuldade em transmitir mensagens devido à diversidade de idiomas, segundo os EEESMO's, foi considerado o principal dificultador no estabelecimento da comunicação interpessoal, provocando mal-entendidos e percepções equivocadas, limitando a compreensão de informações importantes e, por isso, a participação da mulher migrante no seu TP e parto.

Os EEESMO's expressaram que a necessidade de superar esta barreira era essencial para garantir uma comunicação eficaz e a qualidade dos cuidados de saúde especializados prestados na sala de partos, utilizando diversas estratégias e sugerindo outras que consideraram serem facilitadores da comunicação intercultural. Desta forma, sugeri a implementação do tradutor "Vasco". O Tradutor Vasco é uma ferramenta inovadora projetada para superar barreiras linguísticas em várias situações, incluindo contextos de saúde, estando equipado com tecnologia avançada, facilita a comunicação entre profissionais de saúde e utentes que falam diferentes idiomas. É particularmente útil em cenários onde a precisão e a rapidez da tradução são cruciais, como na sala de partos. Oferece uma interface intuitiva e suporta uma ampla gama de idiomas, tornando-o um recurso valioso para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e garantir que informações essenciais sejam compreendidas corretamente por todos os envolvidos. Após pedido de validação informal junto das Enfermeiras Gestoras do serviço de obstetrícia e da sala de partos, foi enviado um e-mail para a Enfermeira Diretora da instituição hospitalar a solicitar reunião, para discutir a pertinência desta ferramenta no âmbito da prestação de cuidados à mulher migrante (Apêndice 21). A reunião ocorreu dia 12 de junho, tendo sido aprovado pela Enfermeira Diretora, que referiu considerar esta questão na próxima reunião do conselho de administração do hospital. Até ao momento, aguardo feedback, pelo que a implementação se encontra em *standby*. Porém, reforço que, se realmente a aprovação final ocorrer, concretizarei a implementação nos devidos serviços mencionados.

Pretende-se, deste modo, sensibilizar os EEESMO's para a importância da comunicação intercultural na prestação de cuidados especializados à mulher migrante, refletindo acerca da modificação na prática de cuidados, em que o enfoque não se encontra somente na barreira linguística, como também nas barreiras culturais, ambientais e no próprio profissional de saúde.

A limitação deste estudo inclui a restrição de tempo disponível para a sua realização, devido à conciliação entre a execução do estudo, o estágio e o exercício profissional, o que impediu a inclusão de um maior número de participantes, que poderia ter proporcionado uma compreensão mais aprofundada do problema em análise. Contudo, as experiências e sentimentos partilhados pelos EEESMO's proporcionaram o enriquecimento dos resultados e fomentaram futuras investigações. Para que os achados se tornem uma realidade na prestação de cuidados especializados, considera-se que é imprescindível a realização de mais estudos acerca da comunicação intercultural, que espelhem a realidade portuguesa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrahão, I.; Oliveira, M.; Arriero, M.; Targa, P.; Mastela, N.; & Picoloto, A. (2023). Prevenção das lacerações de assoalho pélvico no parto. In A. O. Galão, E. Capp (Eds), *Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2026/2* (pp. 121-130). <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/268337/001189541.pdf?sequence=1&isAlloved=y>
- Alloatti, M. (2022). *Guia de comunicação intercultural*. Organização Internacional para as Migrações. https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/seus-direitos/refugio/publicacoes/anexos/Guia_Comunicacao_Intercultural_0.pdf
- Allucci, H.G. (2021). *Eventos adversos associados ao processo de comunicação em serviços hospitalares: a percepção de profissionais da saúde* [Dissertação de Mestrado, Fundação Getulio Vargas Escola de Administração de Empresas de São Paulo]. FGV Biblioteca Digital. <https://hdl.handle.net/10438/30822>
- Alves, M.S., Santos, E.K., Backes, M.T., Giacomozi, A.I., Mendes, J.S., Kalivala, K.M., Leal, T.C. & Dias, C. (2022). Acessibilidade de mulheres imigrantes aos cuidados em saúde: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(16), 1-11. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i16.38090>
- Amendoeira, J. (2022). Tutorial Revisão Sistemática da Literatura: a Scoping Review. *Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde*, 1-48. <http://hdl.handle.net/10400.15/3784>
- Amendoeira, J., Barroso, I., Coelho, T., Santos, I., Godinho, C., Saragoila, F., Marques, G. & Filipe, D. (2003). *Os Instrumentos Básicos na Construção da Disciplina de Enfermagem: Expressões e Significados*. Escola Superior de Enfermagem de Santarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/88>
- American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Anand, R., & Lahiri, I. (2009). Intercultural Competence in Health Care — Developing Skills for Interculturally Competent Care. In D. K. Deardorff (Eds), *The Sage Handbook of Intercultural Competence* (pp. 387-402). Sage. https://www.ucg.ac.me/skladiste/blog_7764/objava_67219/fajlovi/Interkulturalna%20kompetencija.pdf
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <http://dx.doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Aued, G., Santos, E., Backes, M., Santos, D., Kalivala, K., & Oliveira, D. (2023). Transição do cuidado à mulher no período puerperal na alta hospitalar. *Escola Anna Nery*, 27(20220396), 1-8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0396pt>
- Baggio, M. (2020). João Batista Scalabrini: observações e escritos sobre migrações. IN Instituto Migrações e Direitos Humanos (Ed), *Caderno de Debates Nº 15 - Refúgio, Migrações e Cidadania* (pp. 130-152). Instituto Migrações e Direitos Humanos. <https://www.migrante.org.br/wp-content/uploads/2021/02/2020-Caderno-de-Debates-IMDH-ed15-1.pdf>
- Balestrin, A., Estormowski, M., Buss, E., Mingotti, C.R., Manfredini, C.S. (2021). Comunicação Na Assistência De Enfermagem À Mulher Imigrante. In A. Brustolin, I. Denti, C. Manfredini (Eds), *2ª Semana Acadêmica Integrada dos Cursos de Enfermagem* (pp. 99-

- 101). Universidade Regional Integrada Do Alto Uruguai e das Missões. <https://www.uricer.edu.br/site/publicacoes/190.pdf#page=96>
- Barakat, N., Santos, I., & Amaral, A. (2022). Migração Internacional Feminina: motivações e Proteção Jurídica. In F. Sousa & L. Almeida (Eds). *Expressões académicas e diálogos sobre migração, refúgio e políticas sociais* (pp. 36-57). Pimenta Cultural. <http://dx.doi.org/10.31560/pimentacultural/2022.94951>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (1st ed.). Edições Setenta. <https://madmunifacs.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>
- Bastos, M. (2014). *A competência de comunicação intercultural: olhares sobre a natureza do conceito e suas dinâmicas de desenvolvimento* (1st ed.). Universidade de Aveiro Editora. <https://www.ua.pt/pt/cidttf/lale/page/20585>
- Begui, J., Guariente, M., Garanhani, M., Carvalho, B., Ferrari, R., & Galdino, M. (2020). Pesquisa como princípio científico e educativo na formação do enfermeiro. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 19 (48380), 1-9. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v19i0.48380>
- Beserra, G., Oliveira, P., Pagliuca, L., Almeida, P., Anjos, S., & Barbosa, A. (2020). Verbal communication of the parturient nurse's dyad in the active phase of labor. *Revista Brasileira Enfermagem*, 73(5), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0266>
- Biblioteca Virtual em Saúde (2023, dezembro 12). *DeCS/MeSH Descritores em Ciências da Saúde: Humanizing delivery*. https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=36394&filter=ths_termall&q=humanizing%20delivery
- Borba, A., Santos, B.M. & Puggina, A. C. (2017). Barreiras de Comunicação nas Relações Enfermeiro-Paciente: Revisão Integrativa. *Revista Saúde - UNG-Ser*, 11(1), 48–61. <https://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/2848>
- Bracons, H. (2020). Comunicação intercultural nos cuidados de saúde. *Comunicação Pública*, 15(29), 1-12. <https://doi.org/10.4000/cp.10968>
- Brito, L. E. (2016). *Competência cultural em saúde: Caso específico da relação dos profissionais de saúde com a comunidade cigana* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/34031>
- Cá, I., & Rubio, F. (2019). O perfil dos estudantes e a realidade do ensino de língua portuguesa em guiné-bissau. *Trabalhos em Linguística Aplicada*, 58(1), 389-421. <https://doi.org/10.1590/010318138654232462591>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-8. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man05>
- Capper, T., Williamson, M., & Chee, R. (2022). How is cultural safety understood and translated into midwifery practice? A scoping review and thematic analysis. *Nurse Education in Practice*, 66(103507), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103507>
- Carbon, C. (2020). Wearing Face Masks Strongly Confuses Counterparts in Reading Emotions. *Front. Psychol* 11, 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.566886>

- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas: Preparação para o Parto* (1st ed.). Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf
- Cardoso A., Capela P., Carvalho U., Albergaria E., & Figueiredo A. (2023a). *Guia Orientador de Boas Práticas: Gravidez e adaptação à Gravidez (Gravidez de baixo risco)* (1st ed.) Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32963/gobpgravidezadaptacaogravidez_v5.pdf
- Cardoso, G. (2023c). *A Comunicação da Comunicação - As Pessoas são a Mensagem* (1st ed.). Editora Mundos Sociais. https://www.researchgate.net/publication/368274680_A_Comunicacao_da_Comunicacao_As_Pessoas_sao_a_Mensagem
- Coutinho, E., Parreira, V., Martins, I., Cabral, L., Duarte, J., Amaral, O., Pereira, C. (2016). O primado da comunicação em obstetrícia. As relações de poder estabelecidas entre enfermeiros e puérperas. *Atas Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa em Saúde*. Vol. 2. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/909/893>
- Coutinho, E., Domingos, A.R., Parreira, V., Nelas, P., Chaves, C., Duarte, J., Karimo, N. & Reis, A. (2020). The pregnant immigrant woman in the centrality of the interaction with the nurse: Constraints and Strategies to Overcome them. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 783–796. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.783-796>
- Coutinho, E., Parreira, V., Martins, I., Cabral, L., Duarte, J., Amaral, O., & Pereira, C. (2016). O primado da comunicação em obstetrícia: As relações de poder estabelecidas entre enfermeiros e puérperas. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1508-1516. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/909/893>
- Crivelaro, P. M., Posso, M. B., Gomes, P. C., & Papini, S. J. (2021). Dez competências para ensino-aprendizagem da consulta de enfermagem e integralidade do cuidado. *Enfermagem em Foco*, 12(1), 139-146. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3850>
- Dados Mundiais. (2023, dezembro 12). *Países onde se fala Fulfulde*. <https://www.dadosmundiais.com/linguas/fula.php>
- Decreto-Lei nº 57/78 do Ministério da Justiça - Direcção-Geral dos Registos e do Notariado (1978). Declaração universal dos direitos humanos. Diário da República: I Série.
- Despacho n.º 110/2019 do Ministério da Saúde. (2019a). Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconcepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Diário da República: I série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/110-2019-124539905>
- Despacho n.º 184/2019 do Ministério da Saúde (2019b). Regulamento nº 743/2019 da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República: II série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Direção-geral da Saúde. (2008). *Saúde reprodutiva e planeamento familiar - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva* (1st ed.). Direção-geral da Saúde. https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Disponibilidade de métodos contraceptivos - Orientação n.º 10*. Direção-geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0102015-de-29102015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco* (1st ed.). Direção-geral da Saúde. <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/ProgNacVigGrav-2.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015c). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015* (1st ed.). Direção-geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde - Norma 001/2017*. Direção-geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. (1st ed.). Direção-geral da Saúde. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19930/pnv-2020-26setv2.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2023a). *Relatório de Análise dos Registos das Interrupções da Gravidez* (1st ed.). Direção-geral da Saúde. https://www.spdc.pt/images/Relatorio_de_IG_2022.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2023b). *Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério - Norma 001/2023*. Direção-geral da Saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/norma_001_2023_org_cuidados_preconcecao_gravidez_puerperio.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2024). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto - Norma 002/2023*. Direção-geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-0022023-de-10052023-atualizada-a-26032024-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx>
- Elhami, A., Khoshnevisan, B. (2022). Conducting an Interview in Qualitative Research: The Modus Operandi. *MEXTESOL Journal* 46(1), 1-7. <https://doi.org/10.61871/mj.v46n1-3>
- Eurostat. (2024, Março 15). *Estatísticas da migração e da população migrante*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migration_and_migrant_population_statistics#Migrant_population:_23.8_million_non-EU_citizens_living_in_the_EU_on_1_January_2022
- Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308-320). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Ferreira, A. (2016). Fisiologia do Puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 438-442). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Fortin, M., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Fundo de População das Nações Unidas (2022). *Vendo o invisível: Em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional - Situação da população mundial 2022*. United Nations Population Fund. https://guinea-bissau.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/relatorio_sobre_o_estado_da_populacao_mundial_2022.pdf

- Gaspar, A. M, Branco, C.B., Pedro, C.F., Nunes, D. F., Alves, N.S. & Reis, A. (2020). As Estratégias de Enfermagem Adotadas para Ultrapassar as Barreiras Culturais e Linguísticas com Pessoas Culturalmente Diversas – Uma Scoping Review. *Revista da UIIPS –Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 215-222. <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Gomes, A. C., Silva, A. T., Santos, C. M., & Palermo, T. A. (2019). Brinquedo terapêutico para alívio da dor em crianças hospitalizadas. *Biológicas & Saúde*, 9(29), 33-42. <https://doi.org/10.25242/886892920191717>
- Gracio, A., Gracio, A., Silva, R., Silva, A., Lima, C., & Reis, D. (2020). O cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: Contribuição do Enfermeiro. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 8958-8973. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-141>
- Instituto Nacional de Estatística (2023). *Inquérito às Condições Origens e Trajetórias da População Residente em Portugal*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_bo ui=625453018&DESTAQUESmodo=2
- International Organization for Migration (2000). *The Human Rights of Migrants*. *International Migration* (38th ed.). International Organization for Migration. https://publications.iom.int/system/files/pdf/migrants_human_rights.pdf
- Joint Quality Initiative (2015). *The origin of the Dublin descriptors: Short history*. <http://ecahe.eu/assets/uploads/2016/01/Joint-Quality-Initiative-theorigin-of-theDublin-descriptors-short-history.pdf>
- Lei nº 16/2007 do Ministério da Saúde (2007). Interrupção Voluntária da Gravidez. Diário da República: série I A. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=913&tabela=leis&so_miolo
- Lei n.º 86/1976 da Constituição da República Portuguesa (1976). Diário da República: I Série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/86-1976-78796>
- Lenevo, K. (2014). *Manual de Obstetrícia de Williams – Compilações na Gestação* (22th ed.). AMGH Editora Ltda.
- Lira, J., Santos, M., & Yonamine, C. (2023). Efeitos da Massagem Perineal na prevenção de laceração no parto vaginal: Uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 12(14). <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i14.44639>
- Lourenço, A., Custódio, B., Murtinheira, B., Simões, F., Magalhães, N. & Sales, L., (2023). Influência das barreiras linguísticas na segurança do doente: uma revisão da literatura. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP-Lisboa*, 15, 15-30. <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=32543>
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7th ed.). Lusodidacta.
- Macedo, M. R., Santos, V.E, Melo, J.C, Lima, M.E., Bispo, M.M. & Saraiva, C.O. (2024). Barreiras e facilitadores para comunicação efetiva entre profissionais de enfermagem e pacientes: Scoping Review. *Advances in Nursing and Health*, 6, 1-14. <https://doi.org/10.5433/anh.2024v6.id47858>
- Maciel, P., Elias, T. & Silva, E. (2019). Gerenciamento de conflitos na equipe de enfermagem: visão dos enfermeiros. *Universidade de São Francisco*, 1-14. <https://lyceumonline.usf.edu.br/salavirtual/documentos/3209.pdf>
- Magano, O., & Mendes, M. (2013). *Ciganos portugueses: olhares cruzados e interdisciplinares em torno de políticas sociais em projetos de intervenção social e cultural* (1st ed.). Centro

de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais/CEMRI.
<http://hdl.handle.net/10400.2/2525>

- Marcelino, C. (2023). Maternidades em terras estrangeiras: Uma scoping review das experiências de mulheres migrantes e refugiadas. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 9(2), 1–19. <https://doi.org/10.31211/rpics.2023.9.2.300>
- Marini, B., & Barba, P. (2021). Intervenção precoce, formação profissional e os desafios para a implementação de práticas baseadas em evidência. *Da Investigação às Práticas*, 11(1), 4 -24. <https://doi.org/10.25757/invep.v11i1.241>
- McAuliffe, M., & Ouch, L. (2024). *World Migration Report 2024*. International Organization for Migration. <https://worldmigrationreport.iom.int/msite/wmr-2024-interactive/>
- Mheidly, N., Fares, M.Y., Zalzal, H. & Fares, J. (2020). Effect of Face Masks on Interpersonal Communication During the COVID-19 Pandemic. *Public Health*, 8(582191). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.582191>
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V., & Sousa, C. (2016). A Posição da Mulher no Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 216-225). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Miranda, A., Miranda, L., & Vermelho, M. (2016). Hemorragias da Gravidez. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 216-225). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Monteiro, A P., Melgar de Corral, G., & Ugarte-Gurrutxaga, M. I. (2023). *Multiculturalcare: Educar Estudantes para Intervir em Contextos Multiculturais Complexos Através de Métodos de Aprendizagem Inovadores*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Universidade de Castilla-La Mancha; UC Leuven-Limburg.
- Monteiro, F., & Leite, C. (2016). Estados Hipertensivos na Gravidez. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 182-199). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Morais, C.A. (2012). *Influência da preparação para o parto na percepção dos cuidados culturais das puérperas da Região Norte de Portugal*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/1755>
- Nações Unidas (2023). *International migration*. <https://www.un.org/en/global-issues/migration>
- NANDA (2018). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020* (11th ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Navarro-Prado, S., Sánchez-Ojeda, M.A., Marmolejo-Martín, J., Kapravelou, G., Fernández-Gómez, E., & Martín-Salvador, A. (2022). Cultural influence on the expression of labour-associated pain. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22 (836). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05173-1>
- Neves, T.M. (2019). *Dotações Seguras e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Estudo em Contexto Hospitalar*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositório científico da Universidade de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/95319>
- Nunes, K., & Monte-Mor, D. (2019). Percepção das mulheres sobre a qualidade da assistência de enfermagem durante o parto. *Revista de Gestão e Sistemas de Saúde* 8(2), 111-125. <https://doi.org/10.5585/rgss.v8i2.14920>

- Obionu, I. M., Onyedinma, C. A., Mielewczyk, F & Boyle, E. (2023). UK maternity care experiences of ethnic minority and migrant women: Systematic review. *Public Health Nursing*, 40, 846–856. <https://doi.org/10.1111/phn.13240>
- Oliveira, C. R. (2023). *Indicadores de Integração de Imigrantes: Relatório Estatístico Anual* (1st ed.). Observatório das Migrações. <https://migrant-integration.ec.europa.eu/system/files/2023-12/Relatorio%20Estatistico%20Anual%20-%20Indicadores%20de%20Integracao%20de%20Imigrantes%202023.pdf>
- Oliveira, C., & Sá, R. (2020). Cardiotocografia anteparto. *Femina*, 48(5), 316-20. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/06/1099676/femina-2020-485-316-320.pdf>
- Omizzolo, J., & Ramos, K. (2021). Registos de Enfermagem: Um Instrumento para a Qualidade da Assistência. *Revista Inova Saúde* 11(1). <https://doi.org/10.18616/inova.v11i1.5254>
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras* (1st ed.). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE* (1st ed.). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_291_02015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed.). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T E., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E. ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372 (71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pailaquilen, R. M. (2013). Practice Based on Evidence: An opportunity for quality care. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(2), 181-182. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.16009>
- Parreira, V., Coutinho, E. & Néné, M. (2016). A Competência Cultural e na Prática de Enfermagem no Processo de Maternidade. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista (Eds.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 83-93). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Pereira, V., Andrade, E., Silva, W., Silvério, M., & Correia, J. (2020). A Atuação do Enfermeiro Obstetra e sua Efetividade na Educação em Saúde às gestantes. *Brazilian Journal of Development*, 6(8), 62890-62901. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-646>
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In E. Aromataris, & Z. Munn (Eds), *JBIM Manual for Evidence Synthesis* (pp. 407-452). <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Pires, L. (2021). Interculturalidade e Ensino de Línguas. *Gaudium Sciendi*, 20, 109-122. <https://doi.org/10.34632/gaudiumsciendi.2021.10084>
- PORDATA – Estatísticas sobre Portugal e Europa (2024, junho 20). *Imigrantes permanentes*:

- total e por grupo etário - Quantas pessoas imigraram para Portugal, por faixa etária?*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/portugal/imigrantes+permanentes+total+e+por+grupo+etario-3255>
- Posner, G., Dy, J., Black, A., & Jones, G. (2014). *Trabalho de Parto & Parto de Oxorn e Foote* (6th ed.). AMGH Editora.
- Ramos, M. N. (2007a). Sociedades multiculturais, interculturalidade e educação: Desafios pedagógicos, comunicacionais e políticos. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 41(3), 223-244. <http://hdl.handle.net/10400.2/5841>
- Ramos, M. N. (2007b). Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, 45, 147-169. <http://hdl.handle.net/10400.2/6834>
- Ramos, M. N. (2008). *Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas*. Editora Universitária da UFPB. [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/6831/1/Sa%C3%BAde%20Migra%C3%A7%C3%A3o%20e%20Interculturalidade%20\(3\).pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/6831/1/Sa%C3%BAde%20Migra%C3%A7%C3%A3o%20e%20Interculturalidade%20(3).pdf)
- Ramos, M. N. (2012). Comunicação em saúde e interculturalidade - Perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, 6(4). <https://doi.org/10.3395/reciis.v6i4.742>
- Ramos, M. N. (2013). Cuidados de saúde e comunicação na Sociedade multicultural: discutindo Interculturalidade (s), práticas e políticas em saúde. *Revista Inter-legere*, 1(11), 30-51. <https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/4300/3505>
- Ramos, M. N. (2020). Desafios Globais Contemporâneos da Comunicação e da Saúde das Populações Migrantes e Refugiados. *Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación*, 19(35), 38-49. <https://revista.pubalaic.org/index.php/alaic/article/view/1760>
- Ramos, M. N., & Dias, M. (2020). Migrações Contemporâneas e Feminização: impactos e desafios para as políticas públicas e para a integração nas cidades. *Revista de Políticas Públicas*, 24, 456-473. <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/15157>
- Ramos, M. N., & Rangel-S, M. (2017). *Comunicação e Saúde – Perspectivas contemporâneas*. (1st ed.). Editora da Universidade Federal da Bahia.
- Ramos, T., Nietzsche, E., Backes, V., Cogo, S., Salbego, C., & Antunes, A. (2022). Integração ensino-serviço no estágio curricular supervisionado de enfermagem: perspectiva de enfermeiros supervisores, docentes e gestores. *Texto & Contexto Enfermagem*, 31(20210068), 1-14. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0068>
- Regulamento n.º 140/2019 do Ministério da Saúde (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II série, n.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 391/2019 do Ministério da Saúde (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República: II série, n.º 85. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>
- Reis, A. (2015, Maio 21). *Constrangimentos nos Contextos de Cuidados de Saúde: entre Profissionais de Saúde, Mediadores Interculturais e Imigrantes* [Conference session]. I Jornadas da Rede de Ensino Superior para a Mediação Intercultural - Entre Iguais e Diferentes: a Mediação Intercultural. Lisboa.

https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2001/1/Cap%C3%ADtulo%20Final%20ACM_RESMI_I%20Jornadas_21%20maio%202015.pdf

- Reis, A., & Coutinho, E. (2022). A Interculturalidade no Cuidar a mulher grávida autóctone e migrante. In J. Amendoeira (Ed.), *Saúde Individual e Comunitária - A Saúde no centro da transdisciplinaridade para a promoção da Qualidade de Vida* (pp. 51-60). Centro de Investigação em Qualidade de Vida. <https://www.cieqv.pt/wp-content/uploads/2022/07/saude-individual-e-comunitaria.pdf>
- Rosa, C. B.; Machado, E. M.; Antunes, B. S.; Rangel, R. F.; Pereira, L. A. (2021). Papel Paterno Frente aos Cuidados do Recém-Nascido: Estudo de Revisão Narrativa de Literatura. *Revista Científica Multidisciplinar*, 2(10), 1-12. <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i10.878>
- Sacramento, S., Ferrão, M., Camargo, C., Ramos, M., Moraes, M., & Martins, L. (2020). Percepção de Imigrantes Africanos sobre o Atendimento nos Serviços de Saúde de Portugal. *Revista Baiana Enfermagem*, 34(35989), 1-10. <https://doi.org/10.18471/rbe.v34.35989>
- Santiago, C. (). A perspetiva da mulher migrante sobre o processo de interação com os enfermeiros durante a gravidez ao pós-parto [Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/48517>
- Santiago, C., Figueiredo, M. H. & Basto, M. (2020). Significados Atribuídos pelas Mulheres Migrantes aos Cuidados de Enfermagem Durante a Vigilância da Gravidez ao Pós-parto. *Suplemento digital Revista ROL Enfermagem*, 43(1), 146-153. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31410/1/146-153.pdf>
- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. SAGE Publications. https://www.researchgate.net/profile/David-Morgan-43/post/Appropriate_qualitative_analysis_and_list_of_references_for_examining_papers_where_students_wrote_about_their_personal_opinion_about_certain_concept/attachment/t59d627779197b8077985bee/AS%3A325861132783616%401454702756916/download/Schreier+13+Qual+Content+Analysis.pdf
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2023, maio 5). *Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo 2022*. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. <https://www.sef.pt/pt/Documents/RIFA2022%20vF2a.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde (s.d.). *Hospital Professor Doutor Fernando da Fonseca, EPE*. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/hospital-professor-doutor-fernando-fonseca-epe/>
- Shan, H., Saharso, S., Kroonenburg, N., & Henrichs, J. (2023). Understanding the relationship between maternity care providers and middle-class Chinese migrant women in the Netherlands: A qualitative study. *Midwifery*, 125 (103775), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103775>
- Shopo, K. D., Rabie, T., Preez, A. D., & Bester, P. (2022). Experiences of midwives regarding provision of culturally competent care to women receiving maternal care in South Africa. *Midwifery*, 116 (103527), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103527>
- Sicó, M. M. (2021). *Crenças de jovens guineenses sobre línguas étnicas* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira]. Repositório Institucional Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira. <https://www.repositorio.unilab.edu.br/jspui/handle/123456789/2789>

- Silva, F., Giannini, D., & Neves, P. (2023). Assistência de enfermagem na saúde mental da mulher durante o pré-natal. *Revista Remecs – Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde* 4(4). <https://revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/1470>
- Silveira, S.; Júnior, A. (2020). Monitorização fetal intraparto. *Femina* (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 100/Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério): 48(1), pp. 59-64. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052446/femina-2019-481-59-64.pdf>
- Sironi, A.; Bauloz, C; & Emmanuel, M. (2019). *Glossary on Migration. International Migration Law*. (34th ed.). International Organization for Migration. https://reliefweb.int/report/world/n-34-international-migration-law-iom-glossary-migration?gad_source=1&gclid=EAlaIQobChMlioHo0-eFhwMVMahoCR3RSwsWEAAAYBCAAEgJtLPD_BwE
- Sistema Nacional de Saúde (2023). *Rede de Referência Hospitalar de Obstetrícia, Ginecologia e Neonatologia*. Ministério da Saúde. <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/02/Proposta-Rede-de-Referenciacao-Hospitalar-em-Obstetricia-Ginecologia-e-Neonatologia.pdf> . Acesso em 27/02/2024.
- Sistema Nacional de Saúde (s.d.). *Exames de Imagem – Ginecologia*. Ministério da Saúde. <https://www.chedv.min-saude.pt/gineobstetricia/ginecologia-2/exames-de-imagem/histeroscopia/>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2014). *Consenso sobre infecção por HPV e neoplasia intraepitelial do colo vulva e vagina* (1st ed.). Secção Portuguesa de Colposcopia e Patologia Cervico-vulvovaginal. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/spg-consenso-sobre-infeccao-hpv-2014.pdf>
- Sonoda, R.T., Ferreira, A.A. & Grellet, A.C. (2022). Cromoterapia: Saúde e Optometria. *RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar*, 3(4), 1-7. <https://doi.org/10.47820/recima21.v3i4.1303>
- Sousa, E. K., Borges, L. P., Veloso, H. M., Nogueira, V. O., Lima, M. M., Oliveira, J. C., Borges, J. A., Medeiros, H. M., Siqueira, L. B., Júnior, J. L., Lopes, P. H., Santos, S. R., Jesus, M. L., & Reis, T. A. (2024). O Papel Crucial da Amamentação na Primeira Hora de Vida: Impacto da Saúde e Desenvolvimento Neonatal. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(3), 2001-2007. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p2001-2007>
- Spitzberg, B. H., & Changnon, G. (2009). Conceptualizing Intercultural Competence. In D. K. Deardorff (Ed.), *The SAGE Handbook of Intercultural Competence* (pp. 2-52). <https://doi.org/10.4135/9781071872987>
- Supimpa, L.S., Souza, S.R., Prandini, N.R., Andreatta, D., Trigueiro, T.H. & Paviani, B.A. (2023). Immigrant women's experience of labor and birth. *Rev Esc Enferm USP*, 57:e20220444. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0444en>
- Trindade, C., Cardoso, L., Costa, V., Rosa, L., Pozzobon, D., & Trindade, L. (2020). Equipe de Enfermagem: a comunicação na assistência à parturiente. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(1), 551-562. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-043>
- UNICEF. (2019). Aleitamento Materno. <https://www.unicef.org/brazil/aleitamento-materno>
- Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). Métodos de Trabalho dos Enfermeiros em Hospitais: *Scoping Review*. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>

- Vilelas, J. & Janeiro, S. (2012). Transculturalidade: O Enfermeiro com Competência Cultural. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(1), 120-127.
<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v16n1a17.pdf>
- Witiski, M., Makuch, D. M., Rozin, L. & Maria, G. (2019). Barreiras de Comunicação: Percepção da Equipe de Saúde. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 18(3), 1-10.
<https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i3.46988>
- World Health Organization (2004). *The Amsterdam Declaration: Towards Migrant Friendly Hospitals in a Ethnoculturally Diverse Europe*.
https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_annex7_14_en.pdf

ANEXOS

ANEXO 1: Parecer favorável da Comissão de Ética



PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Nº de identificação de registo 008/2024

TIPO DE ESTUDO: ESTUDO CLÍNICO

"Comunicação intercultural em Cuidados de Saúde Materna e Obstétrica durante o trabalho de parto e parto"

Após reunião a 17 de Janeiro de 2024, tendo pareceres favoráveis da UIC (Unidade de Investigação Clínica) e do EPD (Encarregado da Proteção de Dados) estando, a documentação entregue, de acordo com as normas de submissão impostas por esta CE, deliberou-se emitir parecer favorável.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde da

 17 de Janeiro de 2024:

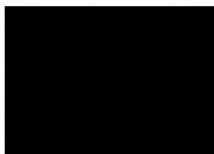
Presidente



Vice-presidente

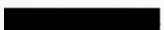


Vogais



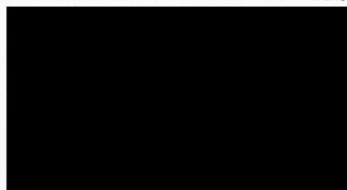
Mais se declara que a Comissão de Ética para a



 cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.

Pelo exposto, emitiu-se a 17 de Janeiro de 2024, **Parecer Favorável**.

O Presidente da Comissão de Ética



ANEXO 2: Missão de voluntariado com Organização Não Governamental



A "HOPE For Fulanis" (ONG) é uma associação portuguesa, de cariz humanitário e de intervenção social na Guiné-Bissau. Trata-se de uma associação para o desenvolvimento sustentável, que tem por finalidade a ajuda humanitária nas mais diversas áreas, designadamente na saúde, educação, nutrição infantil, formação profissional e captação de água potável. A Hope for Fulanis propõe-se a: promover o desenvolvimento humano em todas as suas formas, procurando que as comunidades se tornem autossustentáveis, através de formação profissional; trabalha para que a alfabetização seja um direito de qualidade para todas as crianças; incentiva o desenvolvimento de refeitórios escolares para a defesa da qualidade da nutrição infantil; promove a igualdade de género em crianças e jovens, por meio das artes, o desporto e a música; apoia e forma professores das comunidades, capacitando-os para um ensino acessível e de qualidade; oferece assistência de saúde básica cooperando com os centros de saúde mais próximos da região onde se desenvolve; fomenta e financia a captação de água potável nas aldeias, de forma a prevenir e a erradicar doenças relacionadas com o consumo de água contaminada; promove a mudança de pensamento com o objetivo de acabar com a prática da Mutilação Genital Feminina; oferece formação e oportunidade a voluntários para terem expressão no terreno, através das suas capacidades pessoais, profissionais e sociais.

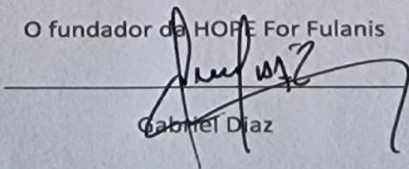
A Hope For Fulanis é a oportunidade para fazer a diferença na vida de alguém!

Como ONG, a HOPE conta com doações e principalmente com a solidariedade e dedicação de voluntários, que tenham o desejo de participar no desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida de pessoas mais necessitadas e onde a escassez de recursos e de pessoal qualificado e especializado é muita.

A participação de profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros é, sem dúvida, uma dádiva na medida que contribui não só para a resolução de carências na área da saúde, mas também como para a promoção de formação de pessoas.

Assim, certifica-se que LÚCIA ISABEL NUNES DAS NEVES BRAGA, enfermeira generalista e estudante de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na Escola Superior de Saúde de Santarém, integrou a equipa da viagem de cariz missão humanitária, realizada entre o período de dia 9 a 18 de Novembro de 2023, tendo tido como foco de ação a área da saúde, em especial, a área da saúde da mulher, sexual e reprodutiva e saúde materna, tendo sido acompanhada por uma enfermeira especialista de saúde materna.

O fundador da HOPE For Fulanis


Gabriel Díaz

16/11/2023

ANEXO 3: Livro de vigilância da grávida da Guiné-Bissau

ANEXO 4: Certificado de participação comunicação oral no Internacional Seminar
Sexual Education: Promoting European Health



INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH

CERTIFICATE

Lúcia Isabel Nunes das Neves Braga

Participated in the International Seminar Sexual Education: Promoting European Health which took place on the 18th and 19th of June 2024, at the Escola Superior de Saúde Santarém, Portugal, lasting 12h.

EdSeX Project Coordinator

Maria Sagrario Cantarino, PhD

President of the Scientific Committee

Hélia Dias, PhD

Programa Erasmus+, o Projeto EdSeX
referência 2021-1-ES01-KA220-HED-
000023306



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DR. JOÃO DE DEUS



Cofinanciado por
la Unión Europea



ANEXO 5: Registo de experiências

Síntese de Registo de Atividades Práticas/Registration of Practice Activities

	Nº
Aconselhamento à família e promoção da saúde/Family Counseling and health promotion	81
Vigilância e prestação de cuidados à grávida/Supervision and care to the pregnant women:	472
• Exames pré-natais/Prenatal Examinations (100)	
Vigilância e prestação de cuidados à parturiente/Supervision and care to the women in labor:	44
• Partos eutócicos/Eutocic deliveries (40)	
• Participação ativa em partos pélvicos/Active participation in breech deliveries	0
• Participação ativa em partos gemelares/Active participation in multiples births	0
• Participação ativa noutros partos/Active participation in other type of births	3
• Episiotomia/Episiotomy	12
• Episiorrafia, perineorrafia/Episiorrhaphy, perineorrhaphy	33
Vigilância e prestação de cuidados à mulher em situação de risco/Supervision and care to the woman at the risk	
• Gravidez/Pregnancy (40)	306
• Trabalho de parto/Labor	31
• Puerpério/Puerperium	44
Vigilância e cuidados à puérpera saudável/Supervision and care to the women in the postnatal period (100)	112
Vigilância e prestação de cuidados ao RN saudável/Supervision and care to the healthy new-born (100)	128
Vigilância e prestação de cuidados ao RN que necessita de cuidados especiais/Supervision and care to the new-born in need of special care	17
Vigilância e cuidados à mulher no âmbito da saúde sexual e patologia ginecológica/Supervision and care for women in the field of sexual health and gynecological pathology	76
Prática simulada/Simulated practice:	
• Prática de manobras de Leopold/Leopold's maneuver practice	X
• Prática de partos eutócicos/Practice of eutocic births	X
• Prática de partos pélvicos/ Practice of breech births	X
• Prática de distocias de ombros/Shoulder dystocia practice	X
• Prática de episiorrafia, perineorrafia/Pratice on episiorrhaphy, periniorrhaphy	X

Santarém, 09/09/2024

Assinado por: LÚCIA ISABEL NUNES DAS NEVES
BRAGA

Num. de Identificação: 13951134
Data: 2024.09.09 18:22:44+01'00'

Estudante/Student

Professor/Teacher

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

Coordenador do curso/The course coordinator

**ANEXO 6: Comprovativo de participação no Curso em Aconselhamento Avançado
em Aleitamento Materno**



CERTIFICADO

Certifica-se que **Lucia Isabel Nunes Neves Braga**, frequentou o curso “**Curso de Formação em Aconselhamento Avançado em Aleitamento Materno**”, realizado no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca E.P.E., que decorreu no(s) dia(s) 11, 12, 18, 19 e 25 de Outubro de 2023, com a duração total de 40 (quarenta) horas.

Amadora, 31 de Dezembro de 2023

A Coordenadora da Unidade de Formação e Ensino


(Diana Sousa Mendes)

Declaração nº 9950/ 2023

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Scoping Review

Review title

Comunicação intercultural nos cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Materna à mulher migrante durante o trabalho de parto e parto: uma *scoping review*

Reviewers

Lúcia Neves Braga¹

Conceição Santiago²

¹Enfermeira no Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Santarém.

²PhD, MSc, RN, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde de Santarém. Membro Integrado no Centro de Investigação em Tecnologia e Serviços de Saúde (CINTESIS), Membro Colaborador no Centro de Investigação e Qualidade de Vida (CIEQV), Portugal.

Abstract

Objective: Mapear a evidência científica disponível acerca da comunicação intercultural com a mulher migrante nos cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica durante o trabalho de parto e parto.

Introduction: O aumento significativo da diversidade cultural conduz a um desafio na comunicação em saúde, a nível intercultural, quando consideradas as crenças, os valores e as barreiras linguísticas. Os cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Materna de qualidade deverão reconhecer as diferenças culturais e a influência sobre o processo de comunicação, de forma a potenciar uma experiência de parto positiva.

Inclusion criteria: Recorreu-se à mnemónica PCC para *scoping review*, identificando-se os participantes - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Mulher Migrante em trabalho de parto; os conceitos - Comunicação Intercultural, Migração, Trabalho de Parto; e o contexto – Locais onde ocorre o parto. São considerados todos estudos quantitativos, qualitativos ou mistos, assim como, revisões sistemáticas e literatura cinzenta.

Methods: Para mapear e apresentar a evidência científica mais atual referente à temática, foi realizada uma *scoping review*, seguindo o método de *Joanna Briggs Institute*®. Para a realização da pesquisa dos estudos publicados e não publicados, recorreu-se às plataformas PubMed e EBSCO HOST mobilizando as bases de dados Medline, CINAHL complete, Academic Search Complete e Business Source Complete. A pesquisa foi realizada por dois revisores independentes, não tendo sido necessário recorrer a um terceiro revisor.

Results: Foram incluídos cinco artigos que cumpriam os critérios de inclusão definidos. Destacam-se como conceitos emergentes: barreira linguística, intérpretes na sala de partos, barreira cultural na prestação de cuidados na sala de partos, importância da pessoa de referência na sala de partos, continuidade de cuidados especializados e competência de comunicação intercultural. Os artigos referem a importância da prestação de cuidados culturalmente sensíveis, que deve enfatizar o desenvolvimento de habilidades de comunicação eficazes e da

autorreflexão das próprias identidades culturais, de forma a se envolverem com as diferenças culturais das mulheres migrantes.

Conclusions: O desenvolvimento da competência cultural dos profissionais de saúde é crucial para uma prestação de cuidados de qualidade a mulheres migrantes durante o trabalho de parto e parto, uma vez que proporciona uma comunicação intercultural eficaz e sensível às questões culturais e, consequentemente, a uma experiência de parto mais positiva.

Keywords: Competência Cultural; Comunicação Intercultural; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Mulher Migrante; Trabalho de Parto.

Introduction

A migração é caracterizada como um dos acontecimentos mais importantes da atualidade, assumindo várias denominações, nomeadamente: “mundo sem fronteiras, transnacionalização, globalização, aldeia global” (Baggio, 2020, p. 131). A Organização Internacional para as Migrações (IOM), publicou em 2019 um Glossário sobre Migração onde define migração como o movimento de pessoas para um local diferente da sua residência habitual, quer seja a nível internacional ou dentro do próximo país, independentemente do estatuto legal, do movimento ser involuntário ou voluntário, das causas do movimento ou da duração do mesmo (Sironi, Bauloz & Emmanuel, 2019). As atuais Recomendações das Nações Unidas sobre as Estatísticas das Migrações Internacionais acrescentam a distinção entre “migrante a curto prazo”, que mudaram de residência habitual entre três meses e um ano, e “migrantes de longa duração”, que mudaram de residência habitual durante pelo menos um ano (McAuliffe & Oucho, L, 2024).

De facto, segundo o Relatório sobre a Migração Mundial 2024 publicado pela IOM, dados relativos a 2020 evidenciam 281 milhões de migrantes internacionais, o que corresponde a 3,6% da população global (McAuliffe & Oucho, L, 2024). Barakat, Santos e Amaral (2022) referem que a migração é um acontecimento social e antigo, que é motivada por diversos fatores, nomeadamente novos contextos sociais, demográficos, ambientais, laborais e políticos; facilidade de movimentação e rapidez de meios de transporte; necessidades de mercado de trabalho em países industrializados; desemprego e crises económicas em países em desenvolvimento; novas formas de mobilidade de educação; laços históricos, familiares e culturais.

A migração feminina tem aumentado nos últimos anos, evidenciando que muitas das mulheres atualmente o fazem por decisão própria e autónoma, mediante um projeto pessoal independente, emancipador, pessoal ou profissional (Barakat, Santos e Amaral, 2022). Os dados estatísticos, relativos ao ano de 2023, demonstram que existiram 88.217 mulheres que imigraram de forma permanente para Portugal, no total de 189.376 imigrantes (PORDATA, 2024). Contudo, é também importante referir que existe uma maior vulnerabilidade das mulheres migrantes em relação aos homens, o que se pode traduzir num processo com inaptações, conflitos, preocupações, doenças e impacto psicossocial. A inserção no mercado de trabalho é com dificuldade (com uma maior exposição desemprego), e quando conseguida, a remuneração é

inferior ao homem, estando sujeitas a exploração, assédio, maus-tratos e desrespeito cultural. Além disso, as condições habitacionais e económicas precárias, o isolamento social, barreiras linguísticas e as dificuldades de inserção nas normas socioculturais da sociedade onde se encontram promovem a exclusão social e cultural, reduzem a integração e participação na vida coletiva e o acesso às estruturas sociais e de saúde, conduzindo ao aumento do stress e vulnerabilidade e afetando a saúde mental e física e a qualidade de vida (Barakat, Santos e Amaral, 2022).

De acordo com o Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2022 (SEF, 2023), a população potencialmente ativa representa 77,1% dos cidadãos estrangeiros residentes, com preponderância do grande grupo etário 25-44 anos. Estes dados são coincidentes com o aumento do número de nascimento em Portugal de mãe estrangeiras, o que contribui para a demografia portuguesa. Dos 85.699 nascimentos de nados-vivos de mães residentes em Portugal em 2023, 18.734 foram de mães estrangeiras, o que representa 21,8% dos nascimentos ocorridos em Portugal. Em oposição, em 2013, dos 82.787 nascimentos de nados-vivos de mães residentes em Portugal, apenas 7.405 foram de mães estrangeiras (PORDATA, 2023), podendo-se assim concluir que o número de partos de mulheres migrantes duplicou num período de 10 anos.

A mobilidade das populações e a diversidade cultural potenciam desafios na gestão da informação e comunicação, nas relações interculturais em contextos de saúde, na prática clínica e na estrutura e organização dos serviços de saúde (Ramos, 2020). Assiste-se a novas realidades sociais, educacionais, comunicacionais e sanitárias devido ao aumento da globalização e das migrações a nível mundial, que amplia a multi/interculturalidade nas sociedades, tomando a diversidade cultural uma componente presente no nosso dia-a-dia. Esta multiculturalidade acarreta uma significativa pluralidade social, linguística, cultural e comportamental dos utentes e profissionais, em específico em contexto de saúde, potenciando desafios à saúde, à comunicação e à gestão da diversidade cultural (Ramos, 2013; Sacramento et al. 2020).

Comunicação é definida como uma ação imprescindível para o ser humano, com a intenção de transmitir uma ideia, com o propósito de ser interpretada por meio de palavras, gestos, sons, imagens e sentidos, de forma planificada, consciente e associada aos processos de socialização. É enviada e compreendida pelo emissor e recebida e compreendida, igualmente, pelo recetor, onde ambos se inserem num meio culturalmente similar, e de reconhecimento comuns (Cardoso, 2023). Deste modo, sendo um processo de acesso ao outro e de compreensão recíproca, a comunicação é diretamente influenciada pelo nível de intensidade dos sentimentos e emoções. Evolui, assim, desde uma comunicação mais factual e impessoal, até uma comunicação mais pessoal e profunda, que promove a partilha das emoções e sentimentos do outro (Phaneuf, 2005).

A conexão entre migração e comunicação apresenta diversas facetas derivadas da diversidade cultural, de situações específicas, de momentos históricos e das pessoas envolvidas. (Alloatti, 2022). Especificamente, a ligação entre migração e comunicação é complexa, uma vez

que a diversidade de experiências migratórias se reflete na forma como as pessoas comunicam durante o processo de migração e integração em novos contextos culturais (Alloatti, 2022). Santiago (2020), refere que os fatores provenientes das características de personalidade, das vivências e até das circunstâncias de vida influenciam a interação entre a mulher migrante e o enfermeiro, assim como o ambiente físico, o período e a frequência em que as interações ocorrem.

Existem várias dificuldades de comunicação nos serviços de saúde, principalmente devido aos conflitos presentes nas relações entre as culturas organizacionais, científicas e profissionais e as culturas do senso comum. Com enfoque na ética nos cuidados de saúde, é crucial que esses serviços considerem a cultura dos pacientes, recorrendo a uma linguagem acessível e compreensível, de forma a transmitir informações sobre saúde/doença, fatores de proteção, medicação/recomendações, prescrições a submeter (Ramos, 2021). É nos serviços de saúde que, frequentemente, surgem os primeiros obstáculos para pacientes de minorias étnicas ou migrantes, devido às barreiras linguísticas, étnicas e culturais, assim como à falta de escuta qualificada (Sacramento et al., 2020). Uma comunicação inadequada irá afetar diretamente o direito à informação, assim como a igualdade, qualidade e acesso à saúde (Ramos & Rangel-S, 2017).

Realça-se, ainda, que os profissionais de saúde manifestam dificuldade na prestação de cuidados, que relacionam com problemas de comunicação intercultural em saúde, principalmente os que exercem funções em contextos multiculturais com utentes originários de outras culturas (Ramos, 2021). De facto, existem estudos que concluíram que estes profissionais manifestam mais dificuldades e erros de diagnóstico quando comunicam com utentes migrantes e de minorias, sendo a causa atribuída a questões de comunicação em saúde, nomeadamente barreiras linguísticas, culturais e comunicacionais e falta de conhecimento e compreensão pelas culturas distintas (Ramos, 2012).

A comunicação intercultural é caracterizada como a interação entre pessoas que, possuindo referências culturais diversas, se reconhecem como pertencentes a culturas e/ou grupos distintos. É no contato com aqueles que percebemos como diferentes, que atribuímos uma identidade separada da nossa, ou seja, identificamos a pessoa como distinta. Esta comunicação aborda três elementos essenciais: A) Cultura, que se refere aos modos de agir e pensar, e aos significados partilhados por um grupo de pessoas, que evoluem ao longo do tempo e variam conforme os contextos e as pessoas; B) Identidade, que representa a assimilação da cultura, criando um sentido próprio ao interagir com outras dimensões, como género, trabalho, família e região; C) Comunicação, que diz respeito à troca de mensagens entre duas ou mais partes por meio de canais verbais, como documentos, cartazes e mensagens de texto, e não verbais, como gestos, ilustrações e músicas (Alloatti, 2022).

Deste modo, é necessário desenvolver competências comunicacionais e interculturais em saúde, que segundo Ramos e Rangel-S (2017) englobam: A) competências individuais, que promovem uma interação social harmoniosa entre os indivíduos, grupos e culturas através do desenvolvimento de relações interpessoais, autoconhecimento, reflexão crítica e descentração

(evitando comportamentos etnocêntricos, de intolerância, discriminação e exclusão); B) competências interculturais, sobretudo linguísticas, comunicacionais e pedagógicas que promovam a comunicação intercultural e a formação e consciencialização culturais, e que permitam ser culturalmente sensível e preparado para viver, comunicar e trabalhar na sociedade multicultural; C) competências de cidadania, que potencie o desenvolvimento democrático e participativo das sociedades, organizações e serviços; D) competências tecnológicas, no âmbito das tecnologias audiovisuais, das novas tecnológicas de informação e comunicação e da internet, que beneficiam a comunicação intercultural, a inclusão digital e social e proporcionam o contato virtual de distintas culturas e a partilha de recursos de informação e aprendizagem disponíveis em qualquer parte do mundo.

Campinha-Bacote (2002), desenvolveu o modelo de competência cultural na prestação de cuidados de saúde, onde define competência cultural como o processo “no qual o prestador de cuidados de saúde se esforça continuamente para alcançar a capacidade de trabalhar eficazmente dentro do contexto cultural do cliente (indivíduo, família, comunidade)” (Campinha-Bacote, 2002, p. 181). A competência cultural assume-se como um processo contínuo que engloba diversos elementos, nomeadamente a consciência cultural (identificação dos próprios preconceitos e suposições), o conhecimento cultural (educação consistente acerca das distintas culturas, incluindo crenças e valores relacionados à saúde, incidência e prevalência de doenças e eficácia do tratamento), a habilidade cultural (colheita de dados culturais pertinentes relativamente aos problemas expostos pelos utentes, avaliações culturais minuciosas, e valorização das crenças, valores, práticas e modos de vida individuais), os encontros culturais (interação intercultural com utentes culturalmente distintos) e o desejo cultural (motivação do profissional de saúde para se tornar culturalmente consciente, perfeitamente informado, hábil e capaz de lidar com experiências interculturais mais eficaz e eficientemente) (Campinha-Bacote, 2002; Anand & Lahiri, 2009).

O Regulamento n.º 391/2019 acerca das Competências Específicas dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), na competência específica “Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade” (OE, 2019, p.8666), refere que deverá existir uma prestação de cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e de acordo com as necessidades da população. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados referem, igualmente, que o EEESMO se deve distinguir pela formação e pela experiência, que lhe irá permitir “compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural e abster-se de juízos de valor” (OE, 2021, p.3).

O trabalho de parto corresponde ao “conjunto de fenómenos fisiológicos, que, uma vez induzidos ou espontâneos, conduzem à extinção cervical, à dilatação do colo o uterino, à progressão fetal no canal de parto e à sua expulsão para o exterior” (Néné, Marques & Batista, 2016, p. 308). O termo “Parto Humanizado”, sendo um descritor de saúde, é apresentado como um conceito de assistência ao parto, que pressupõe a existência de uma relação de respeito entre os profissionais e as mulheres durante o trabalho de parto e parto, pressupondo sete condições: 1) o parto é assumido como um processo natural e fisiológico; 2) respeito pelos

sentimentos, emoções, cultura e necessidades da mulher/casal; 3) profissionais disponíveis para apoiar a mulher a gerir e reduzir a ansiedade e medos; 4) investir na promoção e manutenção do bem-estar materno-fetal durante o processo gravídico, trabalho de parto e parto; 5) informar e orientar continuamente a mulher sobre o progresso do processo de trabalho de parto; 6) providenciar e simplificar a presença de um acompanhante de referência para a mulher; 7) possibilitar à mulher o direito de seleção do local onde deseja parir, com a responsabilidade profissional de lhe garantir esse acesso com cuidados de qualidade (Descritores em Ciências da Saúde, 2021).

Beserra et al. (2020) referem que a harmonia entre cuidados humanizados e com comunicação efetiva e respeitosa apresenta benefícios no trabalho de parto, bem como nos sentimentos de controlo da mulher, potenciando assim a sua confiança na capacidade de experienciar o parto e reduzindo a intervenção obstétrica, o que irá proporcionar uma melhor experiência à mulher. A Organização Mundial de Saúde ([OMS] 2018) define uma experiência de parto positiva como um acontecimento que alcança ou exceda as crenças e expectativas pessoais e socioculturais idealizadas pela mulher, incluindo o nascimento de um bebé saudável, num ambiente clínico e psicologicamente seguro, com o apoio de um acompanhante e de profissionais de saúde afáveis e tecnicamente competentes. A comunicação efetiva, entre as parturientes e os profissionais de saúde, assume-se como uma das 56 recomendações nos cuidados intraparto estabelecidas pela OMS (2018), em que deverão ser utilizados métodos simples e culturalmente aceitáveis.

Humanizar o cuidado à mulher e sua família, durante o trabalho de parto e parto, consiste no respeito pelo tempo da mulher no processo no momento do parto, diminuir intervenções desnecessárias impostas pelas práticas rotineiras hospitalares e, ainda, reconhecer os aspetos culturais próprios da mulher, dentro do seu contexto de vida (Gracio et al., 2020). Deste modo, os profissionais da saúde devem prestar cuidados individualizados, respeitando as necessidades das mulheres, através de uma abordagem holística, valorizando o conhecimento da gestante e o meio cultural na qual está inserida, potenciando o papel ativo nas tomadas de decisões (Gracio et al., 2020).

Assim, tem-se como objetivo mapear a evidência científica acerca da comunicação intercultural com a mulher migrante nos cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica durante o trabalho de parto e parto.

Review question

Quais as evidências relativas à comunicação intercultural com a mulher migrante nos cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica durante o trabalho de parto e parto?

Eligibility criteria

Participants

- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;
- Mulheres migrantes em trabalho de parto ou parturientes migrantes.

Concept

- Comunicação Intercultural;
- Migração;
- Trabalho de Parto;
- Cuidados de Enfermagem.

Context

- Locais onde ocorre o parto, excluídos partos no domicílio.

Types of sources

- Todo o tipo de estudos, revisões sistemáticas e literatura cinzenta.

Methods

Para a identificação e mobilização da evidência científica referente à temática, e para compreender a questão, foi realizada uma *Scoping Review* (ScR), tendo por base a metodologia Joanna Briggs Institute® (JBI, 2020).

Search strategy

No início da estratégia de pesquisa, foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados *ESBCO* e *PubMed* de forma a identificar as palavras-chave empregues nos títulos e resumos, assim como os termos de indexação.

Na segunda etapa, realizou-se uma pesquisa dos descritores *MeSH*, identificados na plataforma *MeSH Browser*, com recurso ao booleano AND, que evidenciavam resultados nas plataformas de pesquisa: *Cultural Competenc**; *Midwif**; *Childbirth*; *Communication*. Seguidamente, para redigir a expressão de pesquisa, procedeu-se à realização da pesquisa nas plataformas de pesquisa *PubMed* e *EBSCOhost*, nas respetivas bases de dados *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*; *MedicLatina*; *Business Source Complete* e na literatura cinzenta, nomeadamente *Scielo*. Como critérios de exclusão foram considerados artigos sem a população de interesse e com partos realizados no

domicílio. Para a realização desta pesquisa, definiram-se limitadores universais e específicos, que se apresentam no quadro I, no Appendix II.

Porém, a conjugação do termo *Communication* com o booleano AND, com os restantes termos, resultou num número reduzido de artigos. O aumento do friso cronológico também não se demonstrou pertinente, pelo que se manteve os últimos 5 anos para garantir a informação mais recente. Foi, neste sentido, necessário realizar uma nova pesquisa, introduzindo-se três termos relevantes e também validados pela plataforma *Mesh*: *Culture*; *Labor*; *Maternity*, com recurso ao booleano OR. Foi, ainda, estendido às bases de dados: *Academic Search Complete* e *Business Source Complete*, sendo sido definidos igualmente limitadores universais e específicos, que se apresentam no Appendix II, quadro II.

A expressão de pesquisa final foi a seguinte: (*Cultural Competenc** OR *Culture*) AND *Midwif** AND (*Labor* OR *Childbirth* OR *Maternity*) AND *Communication*.

No Appendix II é possível, ainda, consultar o quadro III, onde constam os resultados obtidos para cada base de dados que evidenciou artigos, com os limitadores anteriormente mencionados. De realçar que as bases de dados *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive* e *MedicLatina* e a literatura cinzenta *Scielo* não produziram resultados com a expressão de pesquisa.

Study of Evidence Selection

A pesquisa foi efetuada entre outubro e dezembro de 2023, segundo a metodologia JBI® (Page et al., 2021), com recurso ao PRISMA 2020 *Flow Diagram*, que se encontra no Appendix III, e tendo como base a questão de investigação: Quais as evidências relativas à comunicação intercultural com a mulher migrante nos cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica durante o trabalho de parto e parto?

A primeira etapa do PRISMA, designada de *Identification*, decorre dos resultados da pesquisa nas plataformas e nas bases de dados acima referidas. Obteve-se um total de 45 artigos, sendo que destes, foram removidos 22 artigos por se encontrarem duplicados.

Na etapa de *Screening*, procedeu-se à leitura do título e do resumo de cada um dos 23 artigos identificados e, por conseguinte, foram rejeitados 18 artigos. Posteriormente, foi realizada uma leitura e análise do texto completo dos 5 artigos selecionados e, de acordo com os critérios de inclusão definidos, não se identificou nenhum motivo de exclusão. Esta etapa foi realizada por dois revisores independentes. Na última etapa *Included* foram incluídos 5 artigos para a presente *scoping review*. Em seguida, apresentam-se os artigos que foram incluídos como contributo para a compreensão da questão de revisão:

Artigo 1 (A1): Obionu, I. M., Onyedima, C. A., Mielewczyk, F & Boyle, E. (2023). UK maternity care experiences of ethnic minority and migrant women: Systematic review. *Public Health Nursing*, 40, 846–856. <https://doi.org/10.1111/phn.13240>

A2: Shan, H., Saharso, S., Kroonenburg, N., & Henrichs, J. (2023). Understanding the relationship between maternity care providers and middle-class Chinese migrant women in the Netherlands: A qualitative study. *Midwifery*, 125 (103775), 1-7.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103775>

A5: Capper, T. S., Williamson, M., & Chee, R. (2022). How is cultural safety understood and translated into midwifery practice? A scoping review and thematic analysis. *Nurse Education in Practice*, 66 (103507), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103507>

A6: Shopo, K. D., Rabie, T., Preez, A. D., & Bester, P. (2022). Experiences of midwives regarding provision of culturally competent care to women receiving maternal care in South Africa. *Midwifery*, 116 (103527), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103527>

A22: Navarro-Prado, S., Sánchez-Ojeda, M.A., Marmolejo-Martín, J., Kapravelou, G., Fernández-Gómez, E., & Martín-Salvador, A. (2022). Cultural influence on the expression of labour-associated pain. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22 (836). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05173-1>

Data Extraction

Os dados dos artigos, incluídos para a presente ScR, foram extraídos através de instrumento de extração adaptado, elaborada por dois revisores independentes, segundo as orientações metodológicas do *JBPI* (2020). Neste instrumento, que pode ser consultado no Appendix IV (Quadro IV), integram-se 9 questões que possibilitam o reconhecimento do artigo, nomeadamente: a identificação do estudo, o título, o país de origem, a plataforma de pesquisa, o ano de publicação, o nível de evidência científica alcançado, os objetivos e os participantes, a metodologia, os resultados e os contributos para a questão de revisão.

Data Analysis and Presentation

Após a análise dos artigos, foi elaborado um quadro (Appendix IV, Quadro V), que evidencia os conceitos emergentes da presente ScR, e que fazem menção às principais temáticas.

A discussão dos resultados encontra-se integrada no presente relatório, no capítulo 2.4 – Análise e discussão de resultados.

Funding

A presente Scoping Review não é financiada.

Conflicts of interest

Os autores declaram não existirem conflitos de interesse.

References

- Alloatti, M. (2022). *Guia de comunicação intercultural*. Organização Internacional para as Migrações. https://www.gov.br/mi/pt-br/assuntos/seus-direitos/refugio/publicacoes/anexos/Guia_Comunicacao_Intercultural_0.pdf
- Alsina, M. R. (1997). Elementos para una comunicación intercultural. *Revista CIDOB d'Affers Internacionals*, 36, 11-21.

https://www.bantaba.ehu.es/sociedad/files/view/Elementos_para_una_comunicacion_intercultural.pdf?revision%5Fid=62839&package%5Fid=33823

Anand, R., & Lahiri, I. (2009). Intercultural Competence in Health Care — Developing Skills for Interculturally Competent Care. In D. K. Deardorff (Eds), *The Sage Handbook of Intercultural Competence* (pp. 387-402). Sage. https://www.ucq.ac.me/skladiste/blog_7764/objava_67219/fajlovi/Interkulturalna%20kompetencija.pdf

Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <http://dx.doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

Barakat, N., Santos, I., & Amaral, A. (2022). Migração Internacional Feminina: motivações e Proteção Jurídica. In F. Sousa & L. Almeida (Eds). *Expressões académicas e diálogos sobre migração, refúgio e políticas sociais* (pp. 36-57). Pimenta Cultural. <http://dx.doi.org/10.31560/pimentacultural/2022.94951>

Beserra, G., Oliveira, P., Pagliuca, L., Almeida, P., Anjos, S., & Barbosa, A. (2020). Verbal communication of the parturient nurse's dyad in the active phase of labor. *Revista Brasileira Enfermagem*, 73(5), 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0266>

Biblioteca Virtual em Saúde (2023, dezembro 12). *DeCS/MeSH Descritores em Ciências da Saúde: Humanizing delivery*. https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=36394&filter=ths_termall&q=humanizing%20delivery

Bracons, H. (2020). Comunicação intercultural nos cuidados de saúde. *Comunicação Pública*, 15(29), 1-12. <https://doi.org/10.4000/cp.10968>

Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>

Capper, T., Williamson, M., & Chee, R. (2022). How is cultural safety understood and translated into midwifery practice? A scoping review and thematic analysis. *Nurse Education in Practice*, 66(103507), 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103507>

Coutinho, E., Parreira, V., Martins, I., Cabral, L., Duarte, J., Amaral, O., & Pereira, C. (2016). O primado da comunicação em obstetrícia: As relações de poder estabelecidas entre enfermeiros e puérperas. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1508-1516. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/909/893>

Direção Geral de Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco* (1st ed.). Direção Geral de Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

Gracio, A., Gracio, A., Silva, R., Silva, A., Lima, C., & Reis, D. (2020). O cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: Contribuição do Enfermeiro. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 8958-8973. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-141>

Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7th ed.). Lusodidacta.

McAuliffe, M; & Oucho, L. (2024). *World Migration Report 2024*. International Organization for

- Migration. <https://publications.iom.int/books/world-migration-report-2024>
- Navarro-Prado, S., Sánchez-Ojeda, M.A., Marmolejo-Martín, J., Kapravelou, G., Fernández-Gómez, E., & Martín-Salvador, A. (2022). Cultural influence on the expression of labour-associated pain. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22 (836). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05173-1>
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed.). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Obionu, I. M., Onyedimma, C. A., Mielewczyk, F & Boyle, E. (2023). UK maternity care experiences of ethnic minority and migrant women: Systematic review. *Public Health Nursing*, 40, 846–856. <https://doi.org/10.1111/phn.13240>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed.). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T E., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E. ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372 (71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- PORDATA – Estatísticas sobre Portugal e Europa (2024, junho 20). *Imigrantes permanentes: total e por grupo etário - Quantas pessoas imigraram para Portugal, por faixa etária?*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/portugal/imigrantes+permanentes+total+e+por+grupo+etario-3255>
- Ramos, M. (2008). *Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas*. Editora Universitária da UFPB. [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/6831/1/Sa%C3%BAde%20Migra%C3%A7%C3%A3o%20e%20Interculturalidade%20\(3\).pdf](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/6831/1/Sa%C3%BAde%20Migra%C3%A7%C3%A3o%20e%20Interculturalidade%20(3).pdf)
- Ramos, M. (2012). Comunicação em saúde e interculturalidade - Perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, 6(4). <https://doi.org/10.3395/recis.v6i4.742>
- Ramos, M. (2013). Cuidados de saúde e comunicação na Sociedade multicultural: discutindo Interculturalidade (s), práticas e políticas em saúde. *Revista Inter-legere*, 1(11), 30-51. <https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/4300/3505>
- Ramos, M. (2020). Desafios Globais Contemporâneos da Comunicação e da Saúde das Populações Migrantes e Refugiados. *Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación*, 19(35), 38-49. <https://revista.pubalaic.org/index.php/alaic/article/view/1760>
- Ramos, M., & Dias, M. (2020). Migrações Contemporâneas e Feminização: impactos e desafios para as políticas públicas e para a integração nas cidades. *Revista de Políticas Públicas*, 24, 456-473. <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/15157>
- Ramos, M., & Rangel-S, M. (2017). *Comunicação e Saúde – Perspectivas contemporâneas*. (1st ed.). Editora da Universidade Federal da Bahia.
- Regulamento n.º 391/2019 do Ministério da Saúde (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República: II série, n.º 85. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>
- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2023, maio 5). *Relatório de Imigração Fronteiras e Asilo 2022*. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras. <https://www.sef.pt/pt/Documents/RIFA2022%20vF2a.pdf>
- Shan, H., Saharso, S., Kroonenburg, N., & Henrichs, J. (2023). Understanding the relationship between maternity care providers and middle-class Chinese migrant women in the Netherlands: A qualitative study. *Midwifery*, 125 (103775), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103775>
- Shopo, K. D., Rabie, T., Preez, A. D., & Bester, P. (2022). Experiences of midwives regarding provision of culturally competent care to women receiving maternal care in South Africa. *Midwifery*, 116 (103527), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103527>
- Sironi, A., Bauloz, C; & Emmanuel, M. (2019). *Glossary on Migration*. *International Migration Law*. (34th ed.). International Organization for Migration.
- Spitzberg, B. H., & Changnon, G. (2009). Conceptualizing Intercultural Competence. In D. K. Deardorff (Ed.), *The SAGE Handbook of Intercultural Competence* (pp. 2-52). <https://doi.org/10.4135/9781071872987>
- Trindade, C., Cardoso, L., Costa, V., Rosa, L., Pozzobon, D., & Trindade, L. (2020). Equipe de Enfermagem: a comunicação na assistência à parturiente. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(1), 551-562. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n1-043>

Appendix

Appendix I: Conceptual Map



Appendix II: Search strategy

Quadro I: Limitadores de pesquisa

		Limitadores Universais	Limitadores Específicos
Plataformas de pesquisa	ESBCO: CINAHL Complete	<i>Full Text</i> ; Friso cronológico 5 anos.	Texto completo; Resumo disponível; Prática baseada na evidência científica; Humano; Género: Feminino; Idade: Adultos – 19 a 44 anos.
	ESBCO: MEDLINE Complete	<i>Full Text</i> ; Friso cronológico 5 anos.	Texto completo; Resumo disponível; Humano; Género: Feminino; Idade: Adultos – 19 a 44 anos.
	EBSCO: Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	<i>Full Text</i> ; Friso cronológico 5 anos.	Texto completo em PDF.
	EBSCO: Academic Search Complete	<i>Full Text</i> ; Friso cronológico 5 anos.	Texto completo em PDF.
	EBSCO: Business Source Complete	<i>Full Text</i> ; Friso cronológico 5 anos.	Texto completo em PDF.
	EBSCO: MedicLatina	<i>Full Text</i> .	Texto completo em PDF.
Literatura Cinzenta	Pubmed	<i>Free Full Text</i> ; <i>Title/Abstract</i> ; Friso cronológico 5 anos.	Texto completo grátis; Resumo disponível; <i>Clinical trial</i> , <i>meta-analysis</i> , <i>systematic</i> ; Humano; Género: Feminino; Idade: Adultos – 19 a 44 anos.
	Scielo	Friso cronológico 5 anos.	Coleções: Todos; Periódicos: Todos; Ano de publicação: 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023; Áreas Temáticas: Ciências da Saúde; Tipo de literatura: Todos.

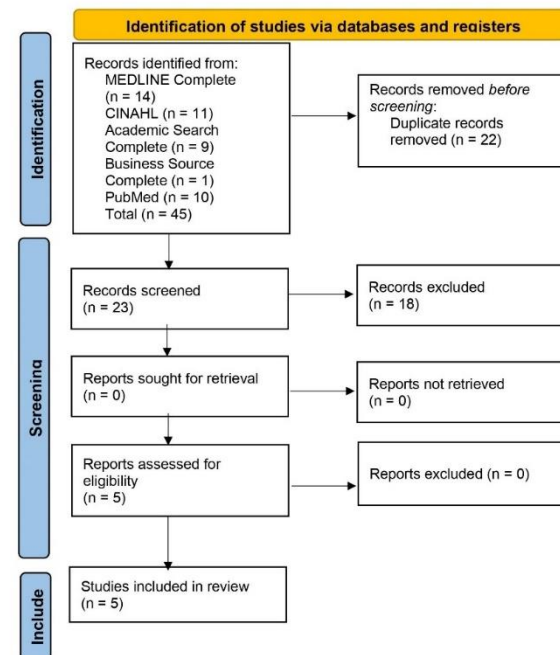
Quadro II: Limitadores de pesquisa de bases de dados adicionadas

Plataformas de pesquisa	Limitadores Universais	Limitadores Específicos
ESBCO: Academic Search Complete	<i>Full Text</i> ; Friso cronológico 5 anos.	Texto completo em PDF.
ESBCO: Business Source Complete	<i>Full Text</i> ; Friso cronológico 5 anos.	Texto completo em PDF.

Quadro III: Pesquisa nas Plataformas EBSCO e PubMed e Literatura Cinzenta (Scielo)

(Cultural Competenc* OR culture) AND Midwif* AND (Labor OR Childbirth OR Maternity) AND Communication									
MeSH Descriptors	ESBCHost						PubMed	Scielo	Total
	MEDLINE	CINAHL Complete	Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	MedicLatina	Academic Search Complete	Business Source Complete			
#1 - Cultural Competenc* [MeSH]	588	358	91	237	428	37	653	439	2.831
#2 - Culture [MeSH]	39.445	7.087	1.332	12.247	57.303	8.806	35.005	10.449	171.674
#3 - Midwif* [MeSH]	1.929	1.325	226	25	1.039	19	1.616	170	3.349
#4 - Labor [MeSH]	6.638	3.108	421	3.731	18.024	13.097	6.660	6.400	58.079
#5 - Childbirth	3.197	1.426	188	108	2.410	47	3.675	924	11.975
#6 - Maternity [MeSH]	3.588	1.725	158	49	2.407	206	3.706	926	12.765
#7 - Communication [MeSH]	35.058	12.374	2.700	559	46.262	19.387	36.780	9193	162.313
#8 - (Cultural Competenc* OR Culture)	39.926	7.375	1.410	602	57.641	8.843	35.563	10.827	162.187
#9 - (Labor OR Childbirth OR Maternity)	12.363	5.457	709	465	21.736	13.350	12.806	7.864	74.750
#8 AND #3	105	89	7	0	37	1	70	4	313
#8 AND #7	1.399	537	1	0	1.863	480	1.399	589	6.268
#8 AND #3 AND #9	84	67	0	0	41	3	53	0	248
#8 AND #3 AND #9 AND 7	14	11	0	0	9	1	10	0	45

Appendix III: PRISMA 2020 Flow Diagram



Fonte: Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T. E., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E. ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372 (71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Appendix IV: Data Extraction Instrument

Quadro IV: Instrumento de extração de dados adaptado

Artigo	Metodologia	Resultados	Contributos para a questão de revisão
A1: UK maternity care experiences of ethnic minority and migrant women: Systematic review Reino Unido ESBCO 2023 Levels of evidence for meaningfulness: 1. Qualitative or mixed-methods systematic review	Revisão sistemática de literatura Objetivo: Explorar as experiências dos cuidados prestados a mulheres migrantes e provenientes de minorias étnicas, nas maternidades do Reino Unido. Foram selecionadas as bases de dados: SCOPUS, PubMed, MEDLINE, CINAHL, MIDIRS, APA PsycInfo, Web of Science e, ainda, Google Scholar. Através do diagrama de fluxo <i>Prisma</i> , foram incluídos nove estudos qualitativos, sendo que a sua qualidade foi avaliada segundo a <i>checklist CASP (Critical Appraisal Skills Programme)</i> . Para a extração de dados, foi desenvolvida uma ferramenta pelos autores com base em ferramentas já utilizadas noutros estudos semelhantes. A análise de dados foi realizada através da análise temática de Braun e Clarke (2006), que contemplou as seis etapas padronizadas.	Os resultados mostraram que a maioria das mulheres migrantes tiveram experiências negativas enquanto utilizavam os serviços de maternidade. Destaca-se incompreensão verbal, informações escritas, barreiras linguísticas, problemas com intérpretes e sem oportunidade de se expressarem. A barreira linguística pode desencadear mal-entendidos, limitar a compreensão de informações importantes, expor tanto a mãe quanto o bebé a potenciais riscos e até conduzir a comportamento agressivo por parte dos profissionais. Embora a utilização de intérpretes profissionais tenha sido considerada útil, também foram identificadas barreiras à sua utilização incluindo a acessibilidade dos mesmos, conveniência, confidencialidade, qualidade e conforto do utente. Algumas mulheres identificaram a alteração de profissionais de saúde como um agente de stress na comunicação.	A maioria das experiências, nas maternidades do Reino Unido, das parturientes são negativas devido à comunicação, nomeadamente: incompreensão verbal e escrita, barreiras linguísticas e problemas com intérpretes. Este fato pode acarretar riscos para a mãe e para o recém-nascido, devido a dificuldades na compreensão da mensagem ou a mal-entendidos. Identifica-se que os profissionais de saúde não permitem oportunidades de expressão ou não a valorizam e, por vezes, apresentam comportamentos agressivos devido à barreira linguística.
A2: Understanding the relationship between maternity care providers and middle-class Chinese migrant women in the Netherlands: A qualitative study Holanda ESBCO 2023	Estudo qualitativo Objetivo: Fornecer informações acerca da formação e da qualidade da relação na prestação de cuidados na maternidade, entre parteiras, assistentes de cuidados de maternidade e mulheres migrantes chinesas, de classe média, na Holanda. População/amostra: 46 mulheres migrantes chinesas, 13 parteiras holandesas e 12 assistentes de maternidade holandesas. Técnica de coleta de dados: Recorreu-se a entrevistas aprofundadas digitalmente, através de chamadas de áudio entrevistas, mensagens de texto e mensagens de voz. Antes da entrevista, todas as mulheres chinesas completaram a Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (EPDS) ou uma	Na China, onde o modelo de cuidados altamente medicalizados está presente, as mulheres chinesas estão frequentemente habituadas a uma gravidez altamente controlada. Foi concluído que, mesmo com menos barreiras linguísticas e uma comunicação mais eficaz, as mulheres migrantes chinesas de classe média sentiram uma falta de compreensão nas preferências por cuidados mais medicalizados. Observou-se que surgiram mal-entendidos e percepções erradas devido às barreiras linguística e culturais, devido a questões culturais. A prestação de cuidados culturalmente sensíveis deve enfatizar o desenvolvimento da autorreflexão dos profissionais de saúde em relação às próprias identidades culturais,	A barreira linguística é identificada como primordial no surgimento de mal-entendidos, assim como as próprias diferenças culturais. Os profissionais de saúde devem realizar uma prestação de cuidados culturalmente sensíveis, reconhecendo a complexidade dinâmica das identidades culturais, respeitando as mulheres, escutando com empatia as suas experiências e preocupações,

Levels of evidence for meaningfulness: 3. Single qualitative study	versão vitalícia da EPDS. As mulheres com pontuação 9 ou superior foram convidadas para a entrevista. Recorreu-se, ainda, à observação participante, para explorar as relações das mães migrantes chinesas (incluindo gestantes) com prestadores de cuidados das maternidades holandesas. O tipo de amostragem foi a bola de neve, de forma a ultrapassar superar as limitações geográficas de acessibilidade durante a pandemia COVID-19. Foi utilizada a abordagem da teoria fundamentada e a análise temática para a análises dos dados.	possibilitando assim a sua envolvimento com as diferenças das mulheres. É essencial que os profissionais de saúde que prestam cuidados nas maternidades reconheçam a complexidade dinâmica das identidades culturais das mulheres, e a respeitem e que ouçam com empatia as experiências de vida, preferências e preocupações destas, em vez de assumirem a "cultura" numa categoria simplista, baseada na etnia e na geografia, e negligenciarem a subjetividade dos indivíduos.	sempre com enfoque no desenvolvimento da autorreflexão das próprias identidades culturais, envolvendo-se com as diferenças das mulheres e família.
A5: How is cultural safety understood and translated into midwifery practice? A scoping review and thematic analysis Austrália ESBCO 2022 Levels of evidence for meaningfulness: 1. Qualitative or mixed-methods systematic review	Scoping Review Objetivo: Identificar e compreender a compreensão das parteiras australianas sobre segurança cultural, e como isto se traduz na sua prática quando cuidam de mulheres e famílias das Primeiras Nações (pessoas que se identificam como Aborígenes e/ou Insulares do Estreito de Torres). A ScR foi realizada através do processo de cinco etapas de Arksey e O'Malley (2005): identificação da questão de pesquisa; identificação de estudos relevantes; seleção dos estudos; mapeamento dos dados; comparação, resumo e relato dos resultados. Foram selecionadas as bases de dados: CINAHL, Ultimate, Embase, PubMed, OVID e ainda, o Google Scholar. Através do diagrama de fluxo <i>Prisma</i> , foram incluídos doze estudos. Para a extração de dados, foi desenvolvida uma ferramenta padronizada pelos autores. A análise de dados foi realizada através da análise temática de Braun e Clarke (2006), que contemplou as seis etapas padronizadas.	As parteiras, na maioria dos estudos, descreveram os seus esforços para construir uma relação com as mulheres das Primeiras Nações, em que os desafios da comunicação foram superados através da adaptação aos estilos de comunicação das mulheres, da comunicação não verbal e do recurso de familiares como intérpretes. Foram considerados componentes vitais do cuidado culturalmente seguro: ser adaptável, ser capaz de construir uma relação com as mulheres e envolver-se numa comunicação culturalmente segura e intuitiva. Foi ainda concluído que a prática dentro de um modelo de continuidade de cuidados melhorou, significativamente, a comunicação e proporcionou a criação de uma relações de confiança com as mulheres.	O cuidado culturalmente seguro inclui que o enfermeiro seja adaptável aos estilos de comunicação verbal e não verbal, com capacidade de estabelecer uma relação com as mulheres através de uma comunicação culturalmente segura e intuitiva e, se necessário, com o recurso de familiares como intérpretes.

A6: <i>Experiences of midwives regarding provision of culturally competent care to women receiving maternal care in South Africa</i> África do Sul ESBCO 2022 Levels of evidence for meaningfulness: 3. Single qualitative study	Estudo descritivo qualitativo Objetivo: Explorar e descrever as experiências de parteiras que prestam cuidados culturalmente competentes a mulheres que recebem cuidados maternos em hospitais públicos distritais, regionais e terciários na Província do Noroeste. População/amostra: 34 parteiras, com vínculo permanente, que prestavam cuidados num dos hospitais públicos selecionados, e tivessem pelo menos um ou mais anos de experiência profissional numa maternidade, dominassem o idioma inglês e disponibilizem o consentimento informado. Técnica de colheita de dados: O método de colheita de dados foi a entrevista semiestruturada, realizadas entre novembro de 2018 e junho de 2019, que ocorreram até a saturação dos dados ser atingida. Foram gravadas digitalmente. As gravações de áudio foram transcritas por um transcritor independente. A análise dos dados foi de acordo com a abordagem genérica de análise qualitativa de Creswell (2014), combinada com as oito etapas de Tesch no processo de codificação.	As parteiras assumem a comunicação como uma componente-chave da competência cultural. A comunicação ineficaz, como a capacidade de escuta inadequada e a existência de barreiras linguísticas entre parteiras e mulheres resulta, muitas vezes, numa participação limitada das mulheres. As parteiras relataram que não conseguiam prestar apoio às mulheres devido à barreira linguística e à falta de intérpretes nos hospitais. O facto de os maridos/companheiros serem intérpretes podia ser um fator de preocupação, pelo risco de haver informações incorretas comunicadas involuntariamente. As barreiras culturais envolvem a estrutura das instalações dos hospitais, o que torna impossível permitir diferentes práticas culturais. A pessoa de referência da mulher não estar presente na sala de parto, provoca desconforto e insegurança à parturiente. Os objetivos específicos de aprendizagem, relacionados com a competência cultural, devem ser incluídos nos métodos de ensino dos profissionais de saúde.	As barreiras linguísticas e a capacidade de escuta inadequada pelos enfermeiros promovem uma comunicação ineficaz, o que limitará a participação das parturientes. A comunicação é fulcral no desenvolvimento da competência cultural, para uma prestação de cuidados de saúde maternos de qualidade, em que os enfermeiros devem adquirir habilidades de comunicação eficazes para uma população diversificada e as mulheres são envolvidas na sua experiência de parto. Durante o processo formativo dos enfermeiros, deve ser incluído a competência cultural.
A22: <i>Cultural influence on the expression of labour-associated pain</i> Espanha Pubmed 2022 Level 4 – Observational – Descriptive Studies: Level 4.b – Cross-sectional study	Estudo descritivo qualitativo, analítico e transversal Objetivo: Avaliar a expressão da dor durante o parto e os fatores associados, em mulheres que receberam cuidados numa cidade de Espanha População/amostra: A amostra foi composta, inicialmente, por 326 parturientes, tendo sido reduzida para 246 mulheres, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. A amostra final foi composta por gestações com feto único, sem administração de anestesia epidural ou que foram administradas durante a fase ativa do trabalho de parto, excluindo assim as epidurais que foram administradas numa fase inicial do TP. Técnica de colheita de dados: Disponibilizado um questionário referente a variáveis sociodemográficas e histórico obstétrico. Para avaliar a resposta da dor do trabalho de parto da mulher foi utilizada a Escala de Avaliação da Dor durante o Parto (ESVADOPA). Realizada uma análise de associação (tabelas de contingência) entre a identidade cultural das mulheres (variável independente)	Foi concluído que existe uma relação significativa entre a expressão e manifestação da dor do parto e a identidade cultural das parturientes. A influência da cultura aumentou a expressão da dor, especificamente à medida que o trabalho de parto progrediu e, em fases mais avançadas a influência cultural é ainda maior, uma vez que todas as dimensões estudadas são influenciadas pela cultura. Realça-se a importância da permanência da pessoa de referência das mulheres durante o trabalho de parto, uma vez que fornecem apoio, alívio não-farmacológico da dor e transmitem informações sobre o TP, superando lacunas de comunicação entre os profissionais de saúde e as parturientes. A barreira linguística torna a expressão da dor extremamente difícil de ser realizada, o que pode levar a uma subestimação da classificação da dor, a um controlo da dor insuficiente e a uma maior vulnerabilidade na prestação de cuidado destas mulheres em trabalho de parto.	A existência de barreiras linguísticas promove uma maior vulnerabilidade dos cuidados a parturientes migrantes por parte dos profissionais de saúde. A identidade cultural das mulheres em trabalho de parto influencia tanto a manifestação, quanto a experiência da dor do parto. A expressão da dor durante o trabalho de parto e parto é maior nas mulheres migrantes com barreira linguística, podendo conduzir a uma maior vulnerabilidade na prestação de cuidados.
	e os valores dos diferentes parâmetros da escala, bem como o valor total da ESVADOPA obtido, ambos na escala latente, e fases ativas (variáveis dependentes). Por último, foram realizados modelos de regressão linear múltipla para avaliar a associação entre identidade cultural, origem, barreira linguística e companheirismo durante o trabalho de parto.	A barreira linguística foi evidenciada como um fator que aumenta a expressão da dor, principalmente na fase ativa do trabalho de parto, em comparação com mulheres que não apresentavam barreira linguística.	

Quadro V: Conceitos emergentes nos artigos analisados

Conceitos	Artigos
Barreira linguística	A1; A2; A5; A6; A22;
Intérpretes na sala de partos	A1; A5; A6;
Barreira cultural na prestação de cuidados na sala de partos	A1; A2; A5; A6; A22.
Importância da Pessoa de Referência na sala de partos	A6; A22;
Continuidade de cuidados de EEESMO	A1; A5;
Competência de Comunicação Intercultural	A1; A2; A5; A6;

APÊNDICE 2: Guião de entrevista semi-estruturada

Comunicação Intercultural em cuidados de saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto e parto
– IX Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

TÍTULO: Comunicação Intercultural em cuidados de saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto e parto.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO: Qual a experiência dos enfermeiros especialistas na comunicação intercultural nos cuidados de saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto e parto?

OBJETIVO: Colher dados que permitam conhecer quais as experiências dos enfermeiros especialistas na comunicação intercultural nos cuidados de Saúde Materna e Obstétrica durante o trabalho de parto e parto.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE:

- Idade: _____
- Sexo: _____
- Tempo de experiência profissional em Bloco de Partos: _____
- Experiência com mulheres migrantes: _____

DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

HORA DE INÍCIO DA ENTREVISTA:

HORA DE FIM DA ENTREVISTA:

Comunicação Intercultural em cuidados de saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto e parto
– IX Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica

BLOCO TEMÁTICO	OBJETIVOS	QUESTÕES
I. Apresentação do estudo e entrevista	- Solicitar consentimento para a participação; - Iniciar a entrevista; - Estabelecer relação.	
II. Dificuldades da comunicação entre os Enfermeiros Especialistas e a parturiente migrante, nos cuidados prestados durante o trabalho de parto e parto.	- Identificar as dificuldades na comunicação intercultural entre os Enfermeiros Especialistas e a parturiente migrante, na prestação de cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto e parto.	- Quais acha que são as principais dificuldades na comunicação com parturientes migrantes durante o trabalho de parto e parto?
III. Impacto das dificuldades na comunicação intercultural entre os Enfermeiros Especialistas e a parturiente migrante, nos cuidados prestados durante o trabalho de parto e parto.	- Perceber qual o impacto das dificuldades na comunicação intercultural entre os Enfermeiros Especialistas e a parturiente migrante, na prestação de cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto e parto.	- Considera que as dificuldades sentidas no estabelecimento da comunicação com parturientes migrantes têm impacto na prestação de cuidados durante o trabalho de parto e parto? Se sim, pode referir como? Se não, considera justificar ou apresentar os seus motivos?
IV. Fatores do ambiente e barreiras que dificultam a comunicação intercultural com parturientes migrantes nos cuidados prestados durante o trabalho de parto e parto.	- Reconhecer os fatores do ambiente e as barreiras que dificultam a comunicação intercultural entre o Enfermeiro Especialista e a parturiente migrante em trabalho de parto e parto.	- Quais os fatores do ambiente e as barreiras que considera que dificultam a comunicação intercultural com a parturiente migrante durante o trabalho de parto e parto?
V. Estratégias adotadas para uma comunicação intercultural eficaz, nos cuidados prestados durante o trabalho de parto e parto.	- Descrever as estratégias comunicacionais utilizadas pelos Enfermeiros Especialistas na interação com a parturiente migrante em trabalho de parto e parto.	- Quais as estratégias que existem no serviço para minimizar as barreiras na comunicação com parturientes migrantes? - Quais as estratégias que costuma adotar quando existem dificuldades na comunicação? - Tem alguma sugestão de estratégia que considera que podia ter impacto positivo?
VI. Encerramento da Entrevista.	- Encerrar a entrevista. - Agradecer a participação.	Há algum aspeto que não tenha sido questionado e sobre o qual gostaria de falar? Agradeço, mais uma vez, a sua participação!

APÊNDICE 3: Matriz de análise das entrevistas

Tema	Categoria	Unidades de Registo
Barreiras de comunicação intercultural na sala de partos	Linguísticas	"as principais dificuldades, mesmo a nível de comunicação, a língua e a transmissão de informação (...) porque nós aqui falamos inglês, alguns falam um bocadinho francês, mas muitas vezes as senhoras falam dialetos, falam outras línguas" (Enf1) "muitas vezes como nem nós nem os migrantes falam aaa outras línguas da parte mais técnica, é muito difícil de explicar" (Enf1) "mesmo com o apoio de Google Tradutores, muitas vezes ééé complicado é difícil" (Enf1) "o mais difícil é tentar transmitir a nossa mensagem e que a entendam e isso eu eu sinto que é mais difícil num período expulsivo" (Enf3) "a barreira linguística sim não é tanto não tem nada a ver com os costumes ou o que as pessoas trazem vestido ou isso" (Enf4) "a barreira linguística" (Enf5)
	Culturais	"é entender a cultura, de onde vêm, porque muitas vezes a vivência do trabalho de parto é muito influenciada por aquilo que vivenciaram ao longo das suas vidas e depois é conseguir estabelecer uma comunicação eficaz não é" (Enf2)
	Ambientais	"quando nós temos a máscara colocada quando nós temos a bata colocada há ali a outra barreira não é digamos assim e também dificulta isto porque também não consegue nos ver não é aaa a máscara não ajuda" (Enf3) "talvez o facto de haver muita iluminação muitas vezes por exemplo. O ruído por exemplo no exterior e essencialmente é isso que penso" (Enf5)
Influência na prestação de cuidados na sala de partos	Relacionado com o EEESMO	"eu considero que sim, considero que nós poderíamos ter uma intervenção um bocadinho aaaa mais incisiva e um bocadinho mais clara se tivéssemos menos barreiras de comunicação" (Enf1) "se calhar se os rádios estivessem cumpridos em vez de eu ter seis grávidas ou quatro grávidas teria duas logo não é se calhar teria muito mais tempo para tentar encontrar estratégias de chegar ao casa!" (Enf2) "tem tem impacto tem impacto gigante (...) se formos a avaliar os cuidados que prestamos não é eu eu não sei se aaaa me sinto tão feliz naquilo que faço quando tenho um casal com o qual não consigo comunicar e não lhe consigo dar opções aaaa que o casal tem no seu trabalho de parto e parto" (Enf2)
	Relacionado com a mulher migrante	"a comunicação se não for eficaz tudo aquilo que nós temos para oferecer muitas vezes não é exequível com o casal porque ele não está a entender as vantagens e as desvantagens" (Enf2) "sim interfere claro sim" (Enf3) "por vezes sim (...) o facto de não nos entenderem provoca com que as pessoas não consigam estabelecer aaaa aquela relação de empatia necessária não é e também para dar algumas indicações ou sugestões à própria pessoa" (Enf5)

Estratégias para uma comunicação intercultural eficaz na sala de partos	Implementadas	"É assim nós temos o Google Tradutor e temos ou outras aplicações através aaaa dos nossos próprios telemóveis" (Enf1) "e nós temos uma lista de intérpretes credenciados do hospital mas que por sua vez não estão sempre disponíveis" (Enf1) "apoio dos colegas que têm alguma diferenciação noutras línguas" (Enf1) "aplicações em que se consegue passar informação tipo um Google tradutor que nós utilizamos bastante" (Enf2) "folhetos adequados à maior parte de dos imigrantes ou seja do local de origem temos folhetos sobre a analgesia epidural, temos folhetos sobre os métodos de não farmacológicos de alívio de dor" (Enf2) "a linguagem corporal a expressão facial também é muito importante os reforços positivos manifestados pela expressão facial os negativos tipo não está a fazer bem o que estou a dizer não está a fazer não é a linguagem gestual e é por aí" (Enf2) "hoje em dia utiliza-se muito o Google Translator não é pronto porque é de fácil acesso" (Enf3) "nós já tivemos (...) cartõezinhos para traduzir frases mais utilizadas (...) já tivemos algumas ferramentas desse género não é cartazes panfletos" (Enf3) "Os gestos não é muitas vezes a demonstração não é se for a utilização de uma bola de pilates através da demonstração isso é a estratégia mais que eu utilizo mais" (Enf3) "Muitas vezes é claro que os maridos entendem mais um bocadinho não é e nós conseguimos comunicar um bocadinho melhor" (Enf3) "e com o Google Tradutor também conseguimos" (Enf4) "os mediadores que nós temos e que é uma longa lista aaaa e que até é bastante abrangente" (Enf4) "temos também os folhetos informativos sobre as mais variadas coisas das fases do trabalho de parto mesmo do pós-parto da analgesia do trabalho de parto temos em várias línguas" (Enf4) "e por gestos e é assim que contornamos" (Enf4)

	Sugestões para implementação	<i>"Era importante para nós conseguirmos ter uma tradução dos principais procedimentos ou das principais coisas que temos ou dos principais pontos do trabalho de parto para pudermos fornecer às senhoras manuais de acolhimento nos temos algumas línguas mas não temos todos" (Enf1)</i> <i>"a lista está um bocadinho desatualizada ou seja e também não tem as línguas todas" (Enf1)</i> <i>"teríamos aaaa sempre um acompanhante ou alguém que estivesse sempre disponível aaaa que dominasse a língua do casal em questão" (Enf2)</i> <i>"nível dos centros de saúde dos cuidados-saúde primários talvez terem tipos grupos de preparação para o parto em que houvesse lá alguém que criassem-se grupos da mesma da mesma origem de forma a conseguir passar a informação" (Enf2)</i> <i>"pessoas mesmo não é específicas que nos conseguissem facilitar a tradução mas aí isto implicava recursos humanos mas é a única forma que eu vejo que poderia melhorar esta situação e facilitar o nosso trabalho e também a adaptação desta família desta grávida não é ao nosso serviço de uma forma mais harmoniosa" (Enf3)</i> <i>"a nossa lista dos mediadores interculturais até acho que já está um bocado desactualizada (...) se calhar podíamos pegar por aí eeee aaaa perceber o que é que temos no hospital de recurso que temos pessoas de tantas nacionalidades a trabalhar cá (...) rever essa lista acho que era uma boa estratégia a mais inteligente" (Enf4)</i> <i>"já o ruído é feito muitas vezes é feito por pelos profissionais outras vezes é pelas obras não é? pronto logo aí teriam que terminar as obras para se diminuir determinados ruídos. As pessoas também não podem ficar de todo caladas, mas poderiam baixar um bocadinho o nível o tom de voz" (Enf5)</i> <i>"a nível da iluminação poderia haver aqueles rotadores de luz nos interruptores por exemplo era um fator bastante interessante" (Enf5)</i> <i>"alguns programas de formação a nível da linguística por exemplo (...) mesmo aos profissionais" (Enf5)</i>
--	------------------------------	--

APÊNDICE 4: Folheto informativo acerca do estudo

Comunicação Intercultural em cuidados de saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto e parto
– IX Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica

FOLHETO INFORMATIVO SOBRE A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO E CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Lúcia Neves Lúcia Isabel Nunes das Neves Braga (Número da Ordem dos Enfermeiros 78671), encontro-me a desenvolver uma investigação no âmbito da unidade curricular Ensino Clínico do 2º ano do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, sob a orientação da Professora Conceição Santiago, que tem como finalidade conhecer quais as experiências dos enfermeiros na comunicação intercultural nos cuidados de saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto e parto. Os objetivos específicos são: identificar as dificuldades na comunicação intercultural entre os Enfermeiros Especialistas e a parturiente migrante, na prestação de cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto e parto; perceber qual o impacto das dificuldades na comunicação intercultural entre os Enfermeiros Especialistas e a parturiente migrante, na prestação de cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto e parto; reconhecer os fatores do ambiente e as barreiras que dificultam a comunicação intercultural entre o Enfermeiro Especialista e a parturiente migrante em trabalho de parto e parto; descrever as estratégias comunicacionais utilizadas pelos Enfermeiros Especialistas na interação com a parturiente migrante em trabalho de parto e parto

Como instrumento de recolha de dados do estudo utilizar-se-á uma entrevista semi-estruturada a Enfermeiros Especialistas, que serão gravadas e posteriormente transcritas e analisadas. Posteriormente à colheita de dados, o tratamento e análise de dados serão realizados de acordo com as três fases estabelecidas por Bardin (2016): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, que inclui a inferência e interpretação.

A confidencialidade será sempre garantida, pelo que tanto os registos de participação como os dados de identificação, e os dados recolhidos serão apenas analisados pelos investigadores responsáveis, sem referência a qualquer dado que possibilite a identificação direta dos participantes, tais como nome ou número mecanográfico. Os dados ficarão guardados no meu computador pessoal durante um ano e em seguida serão eliminados. Os resultados obtidos serão partilhados pelo corpo docente, alunos da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém e comunidade científica, sendo possível consultar os achados do presente estudo.

Pretende-se que este estudo possa contribuir, através das boas práticas, para a reflexão e adoção de estratégias que possam impactar o futuro ao melhorar a qualidade

Lúcia Braga – Abril 2024
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém

Comunicação Intercultural em cuidados de saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto e parto
– IX Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica

da comunicação intercultural durante o trabalho de parto e parto, pelo que a sua participação será fulcral.

A sua participação no estudo pode ser recusada ou interrompida a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização. Se em algum momento pretender declarar que não concorda com a realização desde trabalho ou com a utilização de algum dado do mesmo, de forma a dar conhecimento que retira o seu consentimento, pode contactar através dos contatos abaixo mencionados:

Mail: [REDACTED]

Contato Telefónico: [REDACTED]

Assinatura do entrevistador:

Lúcia Braga – Abril 2024
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém

APÊNDICE 5: Consentimento livre e esclarecido para a realização do estudo

Comunicação Intercultural em cuidados de saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto e parto
– IX Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM
TRABALHO ACADÉMICO**

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

TÍTULO: Comunicação Intercultural em cuidados de saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto e parto.

ENQUADRAMENTO: Sou a aluna Lúcia Neves Braga, e encontro-me a desenvolver uma investigação no âmbito da unidade curricular Ensino Clínico do 2º ano do Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, sob a orientação da Professora Conceição Santiago.

OBJETIVO: Colher dados, através da realização de entrevista semi-estruturada, que permitam conhecer quais as experiências dos enfermeiros especialistas na comunicação intercultural nos cuidados de Saúde Materna e Obstétrica durante o trabalho de parto e parto.

CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO: Está garantido o anonimato e a confidencialidade na apresentação dos dados.

Agradeço a sua disponibilidade e colaboração no estudo!

Lúcia Isabel Nunes das Neves Braga
Número da Ordem dos Enfermeiros: 78671
Mail: [REDACTED]
Contacto Telefónico: [REDACTED]

Assinatura do entrevistador:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e dou permissão para a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este fim e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Data: ____/____/2024

Assinatura do Participante:

Lúcia Braga – Abril 2024
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém

APÊNDICE 6: Projeto de Investigação

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Santarém, janeiro 2024

Comunicação intercultural em cuidados de saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto e parto

Santarém, janeiro 2024

1. TÍTULO

Comunicação Intercultural em cuidados de saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto e parto.

2. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Qual a experiência dos enfermeiros especialistas na comunicação intercultural nos cuidados de saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto e parto?

3. PALAVRAS-CHAVE

Comunicação Intercultural; Competência Cultural; Trabalho de Parto; Parto; Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

4. AUTORES

Lúcia Isabel Nunes das Neves Braga, Licenciada em Enfermagem, Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Enfermeira de Cuidados Gerais no [REDACTED]
Contatos: [REDACTED]

5. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, inserida no 2º ano do 9º Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, tornou-se pertinente a elaboração de um estudo com a temática “Comunicação intercultural em cuidados de saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto e parto”, sob a orientação da Professora Conceição Santiago.

Com o objetivo de conhecer as experiências dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica na comunicação intercultural à mulher durante o trabalho de parto e parto, optou-se por um estudo misto, com realização de uma scoping review para mapear evidência científica sobre o tema, e um estudo qualitativo descritivo com enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica em exercício profissional no bloco de partos.

O presente projeto de investigação reservasse à segunda estratégia metodológica.

6. ENUNCIADO DA PROBLEMÁTICA

Os dados estatísticos evidenciam que existiram 44.528 mulheres que imigraram de forma permanente para Portugal, em 2022. Evidenciam, ainda, que dos 117.843 imigrantes permanentes em Portugal em 2022 (homens e mulheres), 66.245 estão em idade fértil. Pode-se, ainda, realçar que dos 83.671 nascimentos de nados-vivos de

mães residentes em Portugal em 2022, 14.003 foram de mães estrangeiras (PORDATA, 2023).

O Regulamento n.º 391/2019 acerca das Competências Específicas do Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, na competência específica “Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade” (OE, 2019, p.8666), refere que deverá existir uma prestação de cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e de acordo com as necessidades da população. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados referem, igualmente, que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica se deve distinguir pela formação e pela experiência, que lhe irá permitir “compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural e abster-se de juízos de valor” (OE, 2021, p.3).

Topa (2016) citado por Reis e Coutinho (2022), referem que o cuidado a migrantes exige um planeamento por parte dos profissionais de saúde, de acordo com as necessidades dos mesmos. As mulheres enfrentam grandes desafios na acessibilidade aos cuidados de saúde e, em específico no momento da gravidez, parto e puerpério, estas dificuldades aumentam, uma vez que é um período de maior risco para doenças e riscos (Reis & Coutinho, 2022).

A população migrante constitui-se um grupo vulnerável, devido à sua heterogeneidade, diversidade e, caso detenham baixos níveis de escolaridade e de qualificação profissional, são sujeitos a contratos de trabalho temporários, com exercícios de funções menos qualificadas e perigosas, com uma remuneração salarial baixa e instável, e a um maior risco de acidentes e doenças profissionais (Ramos, 2020).

Neste contexto, o progressivo aumento da diversidade cultural acarreta um desafio na comunicação, tanto intercultural como na comunicação em saúde, sendo este mencionado também pelos profissionais de saúde (Ramos, 2020). Deste modo, os profissionais de saúde deverão desenvolver uma “abordagem integrada, holística e multi/interdisciplinar da saúde dos migrantes e refugiados que reconheça as vulnerabilidades, desigualdades e discriminações existentes e seja baseada na qualidade, equidade, direitos humanos fundamentais, informação e comunicação adequadas e culturalmente competentes” (Ramos, 2020, p. 47).

7. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

No estudo qualitativo tem-se como foco estudar a compreensão dos indivíduos e o comportamento da experiência humana, nomeadamente as suas expressões e sentimentos aquando da vivência de um fenómeno (Bogdan e Biklen, 2013). Estes estudos têm como objetivo aumentar a informação acerca de um fenómeno ou população, através da observação, descrição e clarificação, tendo em conta que existem poucos trabalhos de investigação numa determinada área (Fortin, 2009).

Com o presente estudo qualitativo, pretende-se conhecer quais as experiências dos enfermeiros especialistas na comunicação intercultural nos cuidados de saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto e parto, definindo-se como objetivos específicos:

- Identificar as dificuldades na comunicação intercultural entre os Enfermeiros Especialistas e a parturiente migrante, na prestação de cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto e parto;
- Perceber qual o impacto das dificuldades na comunicação intercultural entre os Enfermeiros Especialistas e a parturiente migrante, na prestação de cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto e parto;
- Reconhecer os fatores do ambiente e as barreiras que dificultam a comunicação intercultural entre o Enfermeiro Especialista e a parturiente migrante em trabalho de parto e parto;
- Descrever as estratégias comunicacionais utilizadas pelos Enfermeiros Especialistas na interação com a parturiente migrante em trabalho de parto e parto.

8. METODOLOGIA

a) Tipo/Desenho de Estudo

Trata-se de um estudo misto, que inclui a realização de uma Scoping Review e de um estudo qualitativo descritivo.

b) Sujeitos

A população pode-se definir como um conjunto de sujeitos que detêm características comuns, de acordo com os critérios estabelecidos (Fortin, 2009).

Os sujeitos do estudo serão Enfermeiros no Serviço de Bloco de Partos que cumpram os seguintes critérios de inclusão:

- Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;
- Exerçam funções no Serviço de Bloco de Partos pelo menos há 2 anos;
- Enfermeiros Especialistas que concordem com a participação no estudo.

c) Instrumentos de colheita de dados

Este tipo de investigação requer o recurso a métodos que sejam facilitadores da colheita de informação, registo da mesma, análise, discussão e resultados. Um dos métodos de colheita de dados para uma metodologia qualitativa é a entrevista semi-estruturada, onde o fio condutor são os pontos de interesse que o investigador explora ao longo da entrevista (Fortin, 2009). Desde modo, o instrumento de colheita de dados selecionado para o presente estudo é a entrevista semi-estruturada, encontrando-se em anexo o guião de entrevista semi-estruturada (anexo I).

d) Local de colheita de dados

Bloco de Partos do [REDACTED]

9. TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise de conteúdo designa as técnicas de análise das comunicações, que através de procedimentos sistemáticos e objetivos de explicação do conteúdo das mensagens, tem como objetivo adquirir indicadores que possibilitem a dedução de conhecimentos em relação às condições de produção/receção das mesmas (Bardin, 2016).

O tratamento e análise de dados serão realizados de acordo com as três fases estabelecidas por Bardin (2016): pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, que inclui a inferência e interpretação.

10. GARANTIA DE CONFIDENCIALIDADE E CONSENTIMENTO INFORMADO

Não existirá participantes identificados diretamente nesta investigação, mas será solicitado Consentimento Informado aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica do Serviço de Bloco de Partos para a gravação da entrevista e uso da mesma para fins académicos (anexo II). Não será mencionado dados que possam levar à identificação do profissional de saúde, nomeadamente nome, morada ou qualquer tipo de número de identificação da mesma (por exemplo, número mecanográfico).

Todos os documentos, informatizados ou em papel, utilizados durante a investigação com identificação do participante, serão eliminados.

11. CRONOGRAMA DO PLANO DE TRABALHOS

2024	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto
Colheita de dados	X	X			
Tratamento de dados		X	X		
Interpretação de dados		X	X		
Redação de relatório final				X	X

12. LISTA PRÉVIA DE BIBLIOGRAFIA DE REFERÊNCIA

- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <http://dx.doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (1st ed.). Edições Setenta. <https://madmunifacs.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>
- Bogdan, R; Biklen, S. (2013). *Investigação Qualitativa em Investigação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto Editora. <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/1119>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-8. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man05>
- Fortin, M., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed.). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- PORDATA – Estatísticas sobre Portugal e Europa (2023, setembro 30). *Imigrantes permanentes: total e por grupo etário - Quantas pessoas imigraram para Portugal, por faixa etária?*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/portugal/imigrantes+permanentes+total+e+por+sexo-3254>
- PORDATA (2023, Setembro 30). *Nados-vídos de mães residentes em Portugal: total e por nacionalidade da mãe – Quantos bebés nascem de mães portuguesas ou estrangeiras?*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/portugal/nados+vivos+de+maes+residentes+em+portugal+total+e+por+nacionalidade+da+mae-2512-197690>
- Ramos, M. N. (2020). Desafios Globais Contemporâneos da Comunicação e da Saúde das Populações Migrantes e Refugiados. *Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación*, 19(35), 38-49. <https://revista.pubalaic.org/index.php/alaiac/article/view/1760>
- Regulamento n.º 140/2019 do Ministério da Saúde (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II série, n.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 391/2019 do Ministério da Saúde (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República: II série, n.º 85. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>
- Reis, A., & Coutinho, E. (2022). A Interculturalidade no Cuidar a mulher grávida autóctone e migrante. In J. Amendoeira (Ed.), *Saúde Individual e Comunitária - A Saúde no centro da transdisciplinaridade para a promoção da Qualidade de Vida* (pp. 51-60). Centro de Investigação em Qualidade de Vida. <https://www.cieqv.pt/wp-content/uploads/2022/07/saude-individual-e-comunitaria.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde (s.d.). *Hospital* [Redacted]
[epe/](https://www.epe.gov.pt/)
- Simões, J., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*, 2(6), 91-108. <https://www.index-f.com/referencia/2008pdf/0691108.pdf>

13. ORÇAMENTO/FINANCIAMENTO

Previsão nula de custos e lucros monetários advindos desta investigação, uma vez que não será necessária participação monetária.

14. MEMBROS DA EQUIPA E PARCEIROS INSTITUCIONAIS

- Lúcia Neves Braga
- Professora Conceição Santiago da Escola Superior de Enfermagem de Santarém.

15. ANEXOS

APÊNDICE 7: Projeto individual de aprendizagem

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
9º CURSO DE MESTRADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA

PROJETO DE APRENDIZAGEM INDIVIDUAL

Autor:
Lúcia Isabel Nunes das Neves Braga

Santarém, 27 outubro 2023

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO E RELATÓRIO EM ENFERMAGEM DE
SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

PROJETO DE APRENDIZAGEM INDIVIDUAL: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Autor:
Lúcia Isabel Nunes das Neves Braga, nº 220001187

Docente Responsável:
Maria Conceição Santiago

Santarém, 27 outubro 2023

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
 AFU – Fundo uterino
 APA - American Psychological Association
 ARS - Administração Regional de Saúde
 BSG - Boletim de Saúde da Grávida
 BSIJ - Boletim de Saúde Infantil e Juvenil
 BSR/PF - Boletim de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar
 CTG – Cardiotocografia
 DPP - Data provável do parto
 EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
 ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
 IG - Idade gestacional
 IO - Índice Obstétrico
 IVG - Interrupção involuntária da gravidez
 JBI - Joanna Briggs Institute
 LA – Líquido amniótico
 MESMO- Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
 OE - Ordem dos Enfermeiros
 OT - Tutorial
 S - Seminários
 SR - Scoping Review
 TC - Trabalho de Campo
 TP – Trabalho de Parto
 UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
 UCF – Unidade Coordenadora Funcional
 UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
 URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
 USF- Unidade de Saúde Familiar
 USP - Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	5
1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA	7
2. ENSINO CLÍNICO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	9
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	9
2.2 CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	10
2.3 PLANEAMENTO DE ATIVIDADES	13
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), inserida no 2º ano do 9º Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, tornou-se pertinente a elaboração do Projeto de Aprendizagem Individual, permitindo-me compreender e sistematizar as competências e objetivos a que me proponho atingir, e as respetivas atividades para o seu desenvolvimento, assim como os recursos necessários e gestão da calendarização.

O referido Projeto de Aprendizagem Individual apresenta o processo de aprendizagem pretendido em cuidados especializados em ESMO nas áreas do ciclo sexual e reprodutivo, nomeadamente: na comunidade, no puerpério, em grávidas patológicas, ginecologia e sala de partos.

As competências e objetivos a que me proponho atingir são baseados no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (140/2019 de fevereiro 2019) e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica ([EEESMO] 391/2019 de maio de 2019), elaborados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), assim como na experiência profissional já adquirida.

Especificando, o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (140/2019 de fevereiro 2019), contempla as competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, não existindo distinção na área de especialidade. As competências comuns estabelecidas visam a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. É evidente o foco na conceção, gestão e supervisão de cuidados, por meio de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado através de formação, investigação e assessoria, existindo um alto grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019).

O Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (391/2019 de maio de 2019) aborda que o mesmo deve possuir responsabilidade e competência de forma a atingir uma prestação de cuidados de enfermagem qualificados, com recurso a intervenções autónomas e interdependentes no cuidado à mulher inserida na família e comunidade, no âmbito do planeamento familiar, no período preconcepcional, no período pré-natal, no período pós-natal e no período do climatério, vivenciando processos de saúde/doença ginecológica e cuidando o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na família e comunidade.

O objetivo geral dos ensinamentos clínicos corresponde à aquisição e desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas e relacionais, com base na evidência científica, na ética e na deontologia profissional, que permitam uma prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher/mãe/casal/recém-nascido/família e comunidade, por meio de intervenções autónomas em situações de baixo risco, e intervenções interdependentes em situações de médio e alto risco, com um apoio constante na vivência de processos de saúde-doença, durante o ciclo sexual e reprodutivo.

Desde modo, posso mencionar que planeio desenvolver uma prestação de cuidados especializados de enfermagem à mulher/mãe/recém-nascido/família, nas distintas dimensões da

saúde materna, obstétrica e ginecológica, incluindo situações de saúde e doença e/ou risco na comunidade, com recurso à metodologia científica.

Reforço que, tendo em conta que o presente Projeto de Aprendizagem Individual está a ser desenvolvido ao longo do primeiro ensino clínico, será necessário realizar modificações ao longo dos restantes, e de acordo com as necessidades identificadas, de forma a constituir uma ferramenta de orientação até à conclusão de todos os estágios. Preconiza-se, no final de cada experiência, a mobilização das competências em contexto da prática clínica numa perspetiva de enfermagem avançada, através de um método autoformativo e de reflexão, que culminará no Relatório de Estágio. Preconiza-se, ainda, pesquisa sistemática que evidencie a prática baseada na evidência científica, através da realização de uma Scoping Review (SR).

Seguidamente, será apresentado o enquadramento da temática, a metodologia e a caracterização dos serviços clínicos, com o planeamento de atividades inerente, de acordo com os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EEESMO. Por fim, serão objetivadas as considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO DA TEMÁTICA

Os dados estatísticos evidenciam que existiram 44.528 mulheres que imigraram de forma permanente para Portugal, em 2022. Evidenciam, ainda, que dos 117.843 imigrantes permanentes em Portugal em 2022 (homens e mulheres), 66.245 estão em idade fértil. Pode-se, ainda, realçar que dos 83.671 nascimentos de nados-vivos de mães residentes em Portugal em 2022, 14.003 são de mães estrangeiras (PORDATA, 2023). Estes imigrantes possuem os seus próprios ideais de valores, crenças e percepções, que utilizam como referência nos diversos contextos da vida, aplicando-se também na gravidez e nascimento.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) aborda no domínio B – “melhoria contínua da qualidade” (p.4747) – a competência B3 – “garante um ambiente terapêutico e seguro” (p.4747) – que enuncia que o enfermeiro especialista deverá promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual que garanta segurança e proteção dos indivíduos/grupos, realçando o respeito pela identidade cultural e a satisfação das necessidades culturais. O Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (OE, 2011), na competência específica “Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade” (p.8666), refere que deverá existir uma prestação de cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e de acordo com as necessidades da população. Dando enfoque, ainda, aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESMO (OE, 2021), que referem que o EEESMO se deve distinguir pela formação e pela experiência, que lhe irá permitir “compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural e abster-se de juízos de valor” (p.3).

O modelo “Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services” desenvolvido por Josepha Campinha-Bacote (1998) expõe as competências culturais como um processo em desenvolvimento, onde existe um esforço contínuo do enfermeiro para adquirir a capacidade de exercer funções de forma competente em contexto cultural do indivíduo/família/comunidade. Pressupõe-se, assim, que a prestação de cuidados seja culturalmente competente para que seja eficaz, englobando consequentemente cinco pressupostos: o conhecimento cultural, a integração da consciência cultural, o desejo cultural, a habilidade cultural e os encontros culturais (Campinha-Bacote, 2002).

Tal como acima evidenciado, o progressivo aumento da diversidade cultural acarreta um desafio na comunicação, tanto intercultural como na comunicação em saúde, sendo este mencionado também pelos profissionais de saúde. Deste modo, os profissionais de saúde deverão desenvolver uma comunicação culturalmente competente, de forma a responder às necessidades do indivíduo e família e, consequentemente, aperfeiçoar a qualidade da relação e da prestação de cuidados (Ramos, 2020).

É proposto, assim, para a componente de investigação, o desenvolvimento de uma SR, com “Comunicação intercultural em cuidados de saúde Materna e Obstétrica durante o trabalho de parto” como a temática elegida na área da ESMO, de acordo com as minhas motivações pessoais. Será formulada uma questão de pesquisa, para posterior investigação, em que a

pesquisa sistemática realizar-se-á em bases de dados certificadas, procurando contribuir para uma prática baseada na evidência científica mais atual.

2. ENSINO CLÍNICO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Os ensinamentos clínicos pretendem que o mestrando mobilize os conteúdos programáticos lecionados, promovendo a construção das competências especializadas previstas para o EEESMO no âmbito da mulher inserida na família/comunidade no âmbito da saúde materna e obstétrica; da mulher inserida na família/comunidade durante o período pré-natal, o trabalho de parto (TP) e o período pós-natal em situação saúde-doença; a mulher inserida na família/comunidade durante o período do climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

A metodologia de ensino implica o desenvolvimento dos seguintes ensinamentos clínicos:

- **Na comunidade** (duração de 150 horas), que decorrerá de 18 setembro a 27 outubro 2023, com os seguintes objetivos específicos: Cuida da mulher/mãe/casal/filho/família e grupos-alvo em processos de saúde-doença, em diferentes contextos da comunidade e nas diferentes dimensões da SMO; Integra a equipa de saúde prestadora de cuidados à mulher/mãe/casal/filho/família, grupos e comunidade em processos de saúde e doença; Capacita a mulher/mãe/casal/filho/família e grupos de recursos visando o autocuidado e a autovigilância; Planeia e realiza sessões de educação para a saúde em grupo e/ou ações de formação em serviço; Promove a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do enfermeiro especialista em SMO ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

- **Em ginecologia** (duração de 50 horas), que decorrerá de 30 outubro a 10 novembro 2023, e que apresenta como objetivos específicos: Cuida da mulher grávida/feto/família em situação de risco, em contexto de internamento hospitalar; Integra as equipas de saúde prestadoras de cuidados à mulher grávida/feto/família em processos de saúde-doença; Capacita a mulher grávida/família visando o autocuidado e a tomada de decisão no processo de doença conducente à obtenção de um melhor nível de saúde; Planeia e realiza sessões de educação para a saúde em grupo e/ou ações de formação em serviço; Promove a vivência positiva dos processos fisiológicos e patológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do enfermeiro especialista em SMO ao nível da gravidez patológica em contexto hospitalar.

- **Em grávidas patológicas** (duração de 150 horas), que decorrerá de 13 de novembro a 15 dezembro 2023 e de 3 a 5 de janeiro 2024 e detém como objetivos específicos: Cuida da mulher/família no domínio da ginecologia em processos de saúde-doença, em contexto hospitalar, em serviços de ambulatório; Promove a vivência positiva dos processos fisiológicos e patológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do enfermeiro especialista em SMO ao nível da vivência de processos de saúde/doença ginecológica em contexto hospitalar.

- **No puerpério** (duração de 150 horas), que decorrerá de 8 janeiro a 16 fevereiro 2024, possuindo como objetivos específicos: Cuida da puérpera/recém-nascido/casal/família em

processos de saúde-doença, em contexto de internamento hospitalar; Integra as equipas de saúde prestadoras de cuidados à mulher puérpera/recém-nascido/casal integrados na família em processos de saúde-doença; Capacita mulher puérpera/recém-nascido/casal /família visando o autocuidado e a tomada de decisão na transição desenvolvimental em curso; Planeia e realiza sessões de educação para a saúde em grupo e/ou ações de formação em serviço; Promove a vivência positiva dos processos fisiológicos e patológicos relacionados com as dimensões específicas de intervenção do enfermeiro especialista em SMO ao nível do puerpério e período neonatal em contexto hospitalar.

- **Em sala de partos** (duração de 500 horas), que decorrerá de 19 fevereiro a 12 julho de 2024, e tem como objetivos específicos: Cuida da parturiente e recém-nascido em processos de saúde-doença; Integra a equipa de saúde prestadora de cuidados à parturiente e recém-nascido em processos de saúde e doença; Capacita a parturiente/casal visando o autocuidado e a tomada de decisão na vivência do processo de parto; Promove a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com TP e parto ao nível dos cuidados hospitalares.

A Unidade Curricular de Estágio e Relatório pressupõe, assim, um total de 1106 horas, subdivididas em Orientação Tutorial (OT); Seminários (S), Trabalho de Campo (TC) e os ensinamentos clínicos, acima discriminados. O Relatório de Estágio será desenvolvido com base no método reflexivo, autoformativo e de pesquisa sistemática, tendo como referência a Ficha da Unidade Curricular e os seus respetivos anexos. Serão, igualmente, utilizados como recursos pesquisa e estudo, regulamentos publicados, normas, protocolos, livros e artigos. As normas de referências bibliográficas utilizadas são com base na American Psychological Association (APA), 7ª edição de 2020. Para a elaboração da SR irá recorrer-se à metodologia preconizada pelo Joanna Briggs Institute® ([JBI], 2020), com a estratégia de pesquisa efetuada de acordo com as três etapas da metodologia do mesmo e com recurso ao PRISMA 2020 (Aromataris & Munn, 2020).

Pretende-se, desta forma, que o mestrando se envolva ativamente no processo de aprendizagem, desenvolvendo uma prestação de cuidados de ESMO de excelência à mulher/mãe/casal/recém-nascido inseridos na família e comunidade, em processos de saúde-doença, baseada na evidência científica.

2.2 CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

O primeiro contexto será na comunidade, pelo que começo por descrever que os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) têm autonomia administrativa e ferramentas próprias de gestão, em que a estrutura organizacional assenta em unidades funcionais, tendo por base trabalho em equipa multidisciplinar, com missões específicas, complementares, organizadas em rede, com o mesmo propósito (Decreto-Lei, n.º 28/2008). As referidas unidades funcionais incluem: Unidade Saúde Familiar (USF); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC); Unidade de Saúde Pública (USP); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e outras unidades ou serviços que sejam propostos e aprovados pelo Ministério da Saúde.

O artigo número 11º do Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro define a UCC como uma unidade funcional que “presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença, que requeira acompanhamento próximo e atua ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (p.1184). Possuem, assim, como finalidade a garantia de cuidados de saúde de qualidade centrados na pessoa, família e comunidade ao longo de todo o ciclo de vida, nas áreas de promoção da saúde, de prevenção da doença e de reabilitação, maximizando os ganhos em saúde.

A UCC elegida para o desenvolvimento do estágio, foi inaugurada a 10 de janeiro de 2010, integrando-se na Administração Regional Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo. A área de influência engloba duas áreas geográficas no total de 9,44 km² com aproximadamente 31.483 utentes. A equipa é constituída por: nove enfermeiras especialistas (três enfermeiras especialistas em enfermagem de reabilitação, duas enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, duas enfermeiras especialistas em enfermagem comunitária, uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e juvenil e uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica), dois médicos de medicina geral e familiar, um assistente operacional; uma secretária clínica; um segurança e uma auxiliar de serviços gerais. O trabalho é desenvolvido em cooperação com a URAP, com apoio de: uma técnica superior de fisioterapia, duas técnicas superiores de saúde especialistas em psicologia clínica e da saúde, duas técnicas superiores de serviço social e uma higienista oral. Os valores estabelecidos por esta UCC são: trabalho em equipa; criatividade; autonomia assente na auto-organização; competências profissionais; ética moral e profissional; espírito de missão; motivação, satisfação profissional; excelência de serviços.

Vários são os projetos de intervenção desenvolvidos pela equipa da presente UCC. No âmbito do presente estágio, irei explicitar melhor os projetos com maior pertinência para a área a desenvolver. Assim, o projeto com o foco de intervenção a Saúde Materna e Infantil e Parentalidade tem como população-alvo grávidas, puérperas e crianças até aos 6 anos de idade, em situação de risco e inscritas/residentes na área de influência da UCC. Contempla o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade e tem como objetivo o acompanhamento estruturado por parte de profissionais de saúde com formação específica, nas diferentes áreas relacionadas com esta etapa do ciclo de vida, potenciando um desenvolvimento consciente da gravidez, do parto e da parentalidade positiva.

As restantes áreas do ensino clínico serão desenvolvidas num Hospital na Área Metropolitana de Lisboa, integrado no Serviço Nacional de Saúde. A sua área de influência direta engloba cerca de 600.000 habitantes, e é considerado Hospital de Nível II, relativamente ao nível de diferenciação hospitalar. Apresenta como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, de forma integrada com as restantes unidades de saúde da região, assegurando padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos e

de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores (SNS, s.d.).

Relativamente ao serviço de obstetria em específico, encontra-se no piso 3, e subdivide-se em medicina materno-fetal e pós-parto. Em relação ao contexto de grávidas patológicas, destaca-se a Linha de Apoio à Grávida, que funciona das 8h às 16h, através de contacto telefónico. Relativamente ao puerpério, menciona-se o Núcleo de Aleitamento Materno e a consulta de amamentação, com o objetivo de facilitar o acesso a informação correta, esclarecer dúvidas e proporcionar apoio qualificado. O serviço dispõe, ainda, do projeto “Nascer Cidadão”, que permite a realização do registo de nascimento dentro do próprio serviço. O serviço de Consultas Externas de Ginecologia localiza-se no piso 2 e disponibiliza os seguintes exames e tratamentos: Colposcopia; Histeroscopia; Criocoagulação; Laser; Conização; Laqueação por via endoscopia; Colocação/Remoção de Implanon; Colocação/Remoção de DIU.

No âmbito da sala de partos, será desenvolvido no serviço de Urgência Ginecológica-Obstétrica e no Bloco de Partos. O presente serviço é classificado como uma das maiores maternidades do país, com uma equipa multidisciplinar de profissionais experientes, que inclui equipas médicas, de enfermagem, auxiliares de ação médica e administrativo/a, com o apoio da Anestesiologia e Neonatologia. Apresenta como missão a prestação de cuidados necessários e adequados, com qualidade, eficácia e garantia de satisfação, promovendo o ensino e investigação. Admite utentes do foro ginecológico e grávidas que recorrem por meios próprios, ou encaminhadas de unidades de cuidados de saúde primários (Centro de Saúde, Unidade de saúde familiar), consulta externa, Instituto Nacional de Emergência ou Saúde 24. Posteriormente à inscrição administrativa, as utentes são avaliadas através do Protocolo de Triage de Manchester por um/a Enfermeiro/a Especialista de Saúde Materna e Obstétrica, sendo-lhes atribuída uma prioridade para atendimento.

Possui uma Unidade de Internamento de Curta Duração, constituída por uma sala com três unidades de internamento; um bloco de pequena cirurgia e um recobro com quatro unidades de internamento. O Bloco de partos é constituído por seis salas de dilatação; duas salas de parto; dois blocos operatórios e uma sala de recobro. Durante o trabalho de parto, para além das medidas farmacológicas de alívio de dor, a equipa disponibiliza também medidas não farmacológicas, nas situações em que os casais desejem recorrer a estas. De forma a garantir um ambiente acolhedor, com o alívio da dor, conforto físico e emocional, estão disponíveis diversas opções, nomeadamente: A) Medidas farmacológicas através de fármacos, analgesia epidural e analgesia inalatória; B) Medidas não farmacológicas, que inclui deambulação e alternância de posição; bola de partos; massagem ao nível da região sacral e lombar ou dorsal; hidroterapia; respiração e relaxamento e musicoterapia.

Para finalizar, destaca-se a promoção do parto humanizado e a disponibilidade para as grávidas partilharem o Plano de Parto, previamente no Gabinete Utente, no Bloco de Partos ou fazer-se acompanhar no dia do internamento, onde deverá ser analisado pela Equipa Multidisciplinar.

2.3 PLANEAMENTO DE ATIVIDADES

Com o desenvolvimento do presente Projeto Individual de Estágio, deseja-se que sejam mobilizados conhecimentos na prestação de cuidados especializados, das metodologias de investigação, formação e gestão como suporte à componente de estágio e de investigação. Neste sentido, serão em seguida definidos objetivos específicos individuais, atividades planeadas, recursos necessários para se atingir os mesmos, e a sua respetiva calendarização, de forma a adquirir as competências esperadas, de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (OE, 2011).

1. Objetivo específico:	Integrar a equipa multidisciplinar.
Atividades a desenvolver:	• Conhecimento das equipas multidisciplinares, integrando-me nas mesmas; • Conhecimento da estrutura física de cada serviço, organização e recursos humanos e materiais existentes; • Conhecimento da dinâmica e método de trabalho da equipa multidisciplinar, através de reunião com a Enfermeira Coordenadora e Enfermeira Cooperante, respeitando a forma de funcionamento. • Leitura integral do Manual de Acolhimento a Estudantes; • Cooperação com as equipas multidisciplinares, evidenciando iniciativa, interesse, postura ativa e participativa, com o desenvolvimento de uma relação interpessoal e profissional; • Estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional com as mulheres/casal/recém-nascidos/família; • Conhecimento dos projetos, normas e protocolos instituídos; • Consulta e adequação das normas da Direção Geral de Saúde, assim como os projetos e protocolos específicos de enfermagem de saúde materna e obstétrica, nomeadamente: Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva; Programa Nacional para Vigilância de Gravidez de Baixo Risco; Programa Nacional de Vacinação; Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil; • Conhecimento do sistema informático utilizado, assim como operacionalização dos registos.
Competências:	• Competências comuns do enfermeiro especialista: A1; A2; B1; B2; B3; C2.1; D2.2; D2.3. • Competências específicas do EEESMO: 1.1; 2.1; 3.1; 4.1; 5.1; 6.1; 7.1.

Recursos:	• Humanos: Enfermeira Coordenadora; Enfermeira Cooperante; Equipa Multidisciplinar; Mestranda. • Materiais: Manual de Acolhimento a Estudantes; normas e protocolos; computador.
Calendarização:	• Primeira semana de cada contexto do ensino clínico.

2. Objetivo específico:	Desenvolver competências de gestão de cuidados e de formação contínua em ESMO, promovendo uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados.
Atividades a desenvolver:	• Conhecimento da metodologia de gestão de cuidados materiais e humanos, especificamente para cada contexto; • Utilização adequada e eficiente dos recursos, promovendo uma prestação de cuidados de qualidade; • Colaboração na gestão dos recursos materiais disponíveis. • Desenvolvimento de estudo e pesquisa contínua, com base na evidência científica mais atualizada; • Reflexão e discussão de situações passadas e atuais com a Enfermeira Cooperante e Equipa Multidisciplinar, decorridas na prestação de cuidados de enfermagem à mulher/mãe/casal/recém-nascido/família; • Participação em reuniões multidisciplinares e formação interna de serviço.
Competências:	• Competências comuns do enfermeiro especialista: A1; A2; B1; B3; C1; C2; D1; D2.
Recursos:	• Humanos: Enfermeira Cooperante; Equipa Multidisciplinar; Mulher/mãe/casal/recém-nascido; Mestranda. • Materiais: Recursos materiais disponíveis no contexto de ensino clínico; normais e protocolos; manuais, artigos de evidência científica; computador.
Calendarização:	• Primeiras semanas de cada contexto do ensino clínico, com supervisão da enfermeira cooperante; • Realização das atividades com autonomia nas últimas semanas.

3. Objetivo específico:	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais, garantindo uma prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade, no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional.
Atividades desenvolver:	a - Realização da Consulta de Enfermagem de Planeamento Familiar, com uma colheita de dados que inclua: antecedentes pessoais e familiares, história obstétrica e ginecológica, hábitos e estilos de vida; exame físico (avaliação antropométrica, estado nutricional e exame ginecológico) e avaliação psicosociocultural; - Avaliação do estado vacinal da mulher/casal, com recurso ao plano nacional de vacinação; - Esclarecimento de dúvidas à mulher/casal, sempre que sejam identificadas necessidades, medos, ansiedades e crenças; - Realização de educação para a saúde acerca do autoexame da mama; infeções sexualmente transmissíveis; cuidados de higiene e conforto; hábitos e consumos, situações de risco socioeconómico; - Reconhecimento de fatores de risco para o desenvolvimento do cancro do colo do útero e da mama; - Prestação de cuidados individualizados e personalizados, respeitando culturas, valores e crenças diversas; - Entrega e preenchimento do boletim de saúde reprodutiva/ planeamento familiar (BSR/PF) à mulher/casal.
Competências:	- Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2. - Competências específicas do ESMO: 1.1, 1.2, 1.3.
Recursos:	- Humanos: Enfermeira Cooperante; Equipa Multidisciplinar, Mestranda; - Materiais: Boletim de saúde Reprodutiva; Balança, Esfigmomanómetro; Normas e protocolos; Computador;
Calendarização:	Ao longo do ensino clínico.

15

4. Objetivos específicos	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais, garantindo uma prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal.
Atividades desenvolver	a - Revisão e aprofundamento do conhecimento acerca da vigilância pré-natal, com recurso a pesquisa bibliográfica e consulta dos conteúdos anteriormente lecionados; - Receção da grávida/casal, com disponibilidade, empatia e sinceridade, num ambiente tranquilo; - Realização de uma colheita de dados que inclua: antecedentes pessoais e familiares, história obstétrica e ginecológica, hábitos e estilos de vida; exame físico (avaliação antropométrica, estado nutricional e exame ginecológico) e avaliação psicosociocultural; - Preenchimento e consulta do Boletim de Saúde da Grávida (BSG), individualizando a prestação de cuidados; - Determinação da idade gestacional (IG) e data provável do parto (DPP), através da data da última menstruação, retificando-a no BSG após realização da ecografia do 1º trimestre; - Avaliação do estado emocional da grávida/família, identificando situações de gravidez não planeada e/ou não desejada; - Realização de educação para a saúde acerca do processo de aborto, complicações, consultas posteriores, terapêutica inerente, métodos contraceptivos, infeções sexualmente transmissíveis e medidas farmacológicas e não farmacológicas para redução e controlo da dor; - Demonstração de disponibilidade à mulher em processo de IVG, promovendo uma relação de confiança; - Avaliação dos riscos de gravidez, através da Escala de Goodwin modificada; - Planeamento e aplicação do processo de enfermagem, adaptado às necessidades da grávida/casal, com desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado, elaborado conjuntamente, promovendo a sua participação; - Avaliação do bem-estar materno-fetal através da observação física: estado geral da grávida, sinais vitais, pele e mucosas (incluindo pesquisa de edema dos membros inferiores, e varizes) estado nutricional (incluindo peso e ganho ponderal); vacinação e medicação da altura do fundo uterino (após 14 semanas de gestação);

16

	• Avaliação do bem-estar fetal, incluindo a perceção dos movimentos fetais pela grávida e a avaliação dos batimentos cardíacos fetais através de cardiocotografia (CTG); • Elucidação sobre o aparecimento dos movimentos fetais no segundo trimestre, e a importância de realizar o registo no BSF no terceiro trimestre (após 35 semanas); • Realização das Manobras de Leopold, com o objetivo de avaliar e caracterizar a posição fetal no útero; • Realização de rastreio combinado do 1º e 2º trimestre, que inclui exames ecográfico e bioquímicos; • Observação e interpretação dos exames laboratoriais e ecográficos, salvaguardando a sua realização e identificando desvios da normalidade; • Interpretação dos rastreios trimestrais e identificação de desvios da normalidade, com identificação da imunidade para a rubéola e para a toxoplasmose; • Confirmação do estado vacinal da grávida, de acordo com o Plano Nacional de Vacinação, nomeadamente Tétano, Difteria e Tosse Convulsa; • Esclarecimento de dúvidas e medos da grávida/família, através de educação para a saúde, acerca dos desconfortos, alterações fisiológicas e autocuidado, abordando hábitos alimentares, estilos de vida saudáveis, desconfortos da gravidez, suplementação, exercício físico, ganho ponderal de peso, cuidados de higiene e conforto, vestuário e calçado, sexualidade, prevenção de infeções, atividade física, sono e repouso, sexualidade, consumos aditivos, sinais e sintomas de alarme e complicações na gravidez; • Esclarecimento de dúvidas e medos da grávida/família, através de educação para a saúde, acerca do parto e pós-parto, abordando aleitamento materno, mala da maternidade, sinais verdadeiros e falsos de TP, sono do bebé, regras de funcionamento da maternidade, registo de nascimento, exercícios de fortalecimento pélvico pós-parto e segurança rodoviária; • Identificação do grupo sanguíneo da mãe e do pai, para avaliação da necessidade da administração da Imunoglobulina Anti-D; • Avaliação psicossocial da grávida/família para a chegada do recém-nascido, aconselhando na otimização de recursos e na referenciação para outros profissionais de saúde;
--	--

	• Promoção da participação da grávida/família em cursos de preparação para o parto e parentalidade disponíveis na comunidade; • Disponibilização acerca da legislação de parentalidade; • Encaminhamento para a equipa multidisciplinar em situações de desvio da normalidade, ou fora da área de atuação do EEESMO; • Realização de registos de enfermagem completos e individualizados no programa informático.
Competências	• Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2. • Competências específicas do ESMO: 2.1, 2.2, 2.3.
Recursos	• Humanos: Enfermeira Cooperante; Grávida/família; Mestranda. • Materiais: BSG; Balança; Fita métrica; Doppler; Computador.
Calendarização	Ao longo do ensino clínico.

5. Objetivos específicos	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais, garantindo uma prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.
Atividades a desenvolver	<u>Admissão/ acolhimento da mulher e família;</u> • Acolhimento da mulher/acompanhante, estabelecendo uma relação de segurança, empatia e confiança, através de um ambiente acolhedor, e com apresentação do espaço físico da sala de partos; • Compreensão da fase de transição para a parentalidade da mulher/família. • Consulta do BSG e de entrevista de enfermagem à parturiente, de forma a colher os seguintes dados: IO, história obstétrica, história ginecológica, grupo de sangue, antecedentes pessoais anteriores, alergias, vigilância da gravidez, intercorrências; sinais de rutura da bolsa amniótica, frequência e duração das contrações, movimentos fetais. • Avaliação psicológica, física e obstétrica da parturiente: sinais vitais, identificação antecipada de sinais e sintomas de complicações e solicitar avaliação de obstetra/pediatra, caso necessário; • Identificação das opções e planos da grávida e acompanhante para o parto: plano de nascimento, medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor.

• Observação da preparação e administração de terapêutica prescrita; • Observação e colaboração em realização de exames complementares de diagnóstico; • Esclarecimento de dúvidas e medos da puérpera/família, através da educação para a saúde; • Prestação de cuidados individualizados e personalizados, respeitando culturas, valores e crenças diversas; • Realização de registos de enfermagem completos e individualizados no programa informático. <u>Primeiro estágio do trabalho de parto:</u> • Favorecimento da presença de um acompanhante de referido, eleito pela parturiente, envolvendo-o no processo e explicando qual o seu papel; • Esclarecimento da parturiente e acompanhante acerca dos todos os procedimentos necessários e acerca da evolução do TP, solicitando a sua colaboração; • Realização do exame físico e obstétrico da parturiente e avaliação do bem-estar materno-fetal, nomeadamente: sinais vitais, manobras de Leopold, altura do fundo uterino (AFU), CTG, cervicometria (avaliação das condições da bacia, características do colo de acordo com a escala de Bishop, integridade das membranas e determinação da apresentação, posição, variedade da posição e altura da apresentação); identificação do estágio do TP; identificação da regularidade das contrações, se existentes; monitorização da dor através da escala de avaliação da dor; identificação das características do LA, se rutura da bolsa amniótica; colocação do CTG e sua explicação à parturiente/accompanhante, informando que o mesmo está sempre a ser vigiado; cateterização venosa periférica para administração de fluidos endovenosos e terapêutica; colheita de sangue para hemograma, tempos de coagulação e tipagem, se necessário; identificação da participação no curso de Preparação para o Parto e Parentalidade; identificação do plano de parto e das expectativas relativas ao TP; realização de educação para a saúde, de acordo com a evidência científica mais recente; • Conhecimento dos procedimentos para assegurar monitorização fetal interna e externa; • Respeito pelo ritmo do trabalho de parto;
--

• Informação à mulher e acompanhante sobre medidas não farmacológicas e farmacológicas para alívio da dor, disponíveis; • Implementação e colaboração em técnicas não farmacológicas para alívio da dor e desconforto na grávida/ parturientes como hidroterapia, cromoterapia, musicoterapia, bola de parto, bola amendoim, deambulação e exercícios respiratórios; • Colaboração na realização de analgesia epidural (preparação do material necessário, avaliação de sinais vitais, administração de fluidos endovenosos, colaboração no posicionamento correto da parturiente, esclarecimento das dúvidas da parturiente/accompanhante); • Avaliação da resposta da parturiente à analgesia epidural, detetando precocemente complicações; • Promoção da alternância de decúbitos laterais, de 30 em 30 minutos, para aumentar a eficácia da analgesia; • Encorajamento à liberdade de movimentos, enfatizando a posição vertical, uma vez que promove a evolução do trabalho de parto e parto natural; • Controlo do padrão de eliminação vesical da parturiente, incentivando-a à micção espontânea de 2 em 2 horas e, caso não se verifique, realizar esvaziamento vesical através de sonda; • Conhecimento de administração da terapêutica específica no TP e respetivas condições materno-fetais para a utilização da mesma; • Incentivo à ingestão de alimentos líquidos e claros, como gelatina, quando possível; • Solicitação do preenchimento do consentimento informado relativamente à colheita de sangue/tecidos para preservação das células estaminais e de outros procedimentos necessários, assegurando sempre a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral; • Identificar as necessidades e preferências no momento do parto, por parte da parturiente, nomeadamente posição, técnicas de respiração, alimentação, acompanhante e contato pele-a-pele; • Reconhecimento precoce de complicações inerentes ao primeiro estágio, com adequada interpretação dos três componentes do TP (canal de parto, contrações e feto); • Identificação de sinais eminentes do início do 2º estágio do trabalho de parto;

- Realização do registo das características e intervenções realizadas, educação para saúde e diagnósticos de enfermagem identificados, no programa informático existente no serviço; - Asseguração da confidencialidade e da segurança da informação escrita e oral adquirida. - Prestação de cuidados individualizados e personalizados, respeitando culturas, valores e crenças diversas; - Avaliação dos cuidados prestados à parturiente/família. <u>Segundo estadio do trabalho de parto:</u> - Promoção de um ambiente calmo e acolhedor, tendo sempre como foco a privacidade da parturiente e acompanhante; - Incentivo à participação ativa da parturiente e do acompanhante no TP e satisfação das suas necessidades, - Incentivo ao envolvimento por parte do acompanhante, de forma a ter um papel ativo neste estadio do TP, se a mulher assim o desejar, de acordo com as normas do serviço; - Reconhecimento do período expulsivo, procedendo à transferência da mulher para a sala de parto, de acordo com o protocolo do serviço; - Verificação da operacionalidade e preparação do material necessário para o parto; - Preparação e apoio da parturiente/acompanhante durante esforços expulsivos com estimulação verbal, permitindo o posicionamento que a mesma preferir; - Realização de cervicometria para identificação da estática fetal, pelvimetria e planos; - Avaliação da necessidade de realizar esvaziamento vesical; - Observação da eficácia da contração uterina; - Administração e manutenção de perfusão de oxitocina, segundo prescrição ou protocolo do serviço; - Desinfeção do períneo; - Disposição da mesa de parto e colocação de toca, bata cirúrgica e luvas esterilizadas; - Avaliação contínua da frequência cardíaca fetal em todo o processo; - Monitorização da dor através da escala de avaliação da dor; - Orientação da evolução do parto, com identificação do momento ideal para a parturiente realizar esforços expulsivos de acordo com contrações, efetuando medidas que favoreçam o controlo do
--

período expulsivo através da estimulação verbal, indicações claras e precisas, promovendo a realização de esforços expulsivos eficazes (controlo da respiração, descanso e relaxamento entre as contrações); - Realização de manobras para proteger o períneo e de extração fetal; - Realização de episiotomia, caso se justifique; - Pesquisa de circulares cervicais, e laqueação do cordão, caso se justifique; - Realização da expressão manual das vias aéreas superiores para libertação de mucosidades, ao RN; - Determinação da hora do nascimento; - Permitir que o cordão umbilical pare de pulsar, antes da realização do corte; - Envolvimento do pai no corte do cordão umbilical, se assim o desejar; - Estabelecimento precoce do contato pele-a-pele entre a díade; - Identificação de desvios da normalidade em relação ao desenvolvimento do parto (alterações do bem-estar fetal, dinâmica uterina inadequada, dificuldade na descida da apresentação, período expulsivo prolongado, sinais e sintomas de infeção, lacerações do períneo, distocia de ombros), solicitando apoio em conjunto com a Enfermeira Cooperante; - Participação em partos distócicos; - Realização do registo de características e intervenções executadas, educação para saúde e diagnósticos de enfermagem identificados, no programa informático, no partograma e no BSG. - Prestação de cuidados individualizados e personalizados, respeitando culturas, valores e crenças diversas; - Avaliação dos cuidados prestados à parturiente/família. <u>Terceiro estadio do trabalho parto:</u> - Informar e clarificar a mulher acerca da dequitação; - Realização de colheita de sangue do cordão para tipagem, se necessário; - Reconhecimento do terceiro estadio do TP através da observação da parturiente e dos sinais de dequitação, com identificação dos mecanismos de descolamento da placenta: contração uterina, mudança da forma do útero, saída de sangue à vulva, descida do cordão, aumento de volume vaginal;
--

	• Execução de movimentos circulares das membranas, durante a exteriorização da placenta, usando o seu próprio peso, com posterior observação minuciosa da mesma (forma, integridade, presença de âmnios e córion), e identificação do tipo de mecanismo; • Observação minuciosa do cordão umbilical e verificação da presença de duas artérias e uma veia; • Avaliação, após dequitação ativa/passiva, de formação do globo de segurança de Pinard, perdas de sangue, observação da placenta e membranas e administração de ocitócicos, de acordo com protocolo do serviço; • Identificação precoce de complicações e sinais de alerta, nomeadamente retenção de placenta, dequitação incompleta, atonia, inversão uterina e traumatismo do canal de parto, referenciando estas situações em colaboração com a Enfermeira Cooperante; • Observação e avaliação de perdas sanguíneas; • Inspeção direta do canal de parto para avaliação da integridade do canal de parto e dos tecidos, avaliação da episiotomia e identificação do tipo de laceração (1º, 2º, 3º e 4º grau); • Execução da reconstrução perineal, por planos, identificando os tecidos que necessitam de sutura; • Realização de revisão do colo, vagina, períneo e útero, com pesquisa de hemorragia; • Realização de toque retal em suturas profundas, de forma a verificar integridade da mucosa anal; • Aplicação de gelo na região perineal, para redução de edema e controlo da dor; • Promoção para a saúde com ensinamentos acerca da higiene perineal, prevenção de infeção local e dos lóquios; • Realização do registo de características e intervenções efetuadas, educação para saúde e diagnósticos de enfermagem identificados, no programa informático existente no serviço, partograma e BSG; • Prestação de cuidados individualizados e personalizados, respeitando culturas, valores e crenças diversas; • Avaliação dos cuidados prestados à parturiente/família.
--	---

23

	<u>Quarto estadio do trabalho de parto:</u> • Promoção de um ambiente acolhedor, calmo, tranquilo e facilitador da vinculação; • Esclarecimento de dúvidas e medos da mulher/família, através da educação para a saúde; • Promoção do processo de vinculação precoce e da amamentação, através do contato pele-a-pele, do toque e da amamentação na primeira hora de vida, respeitando sempre o desejo da parturiente; • Colaboração durante a mamada, promovendo a confiança da puérpera, envolvendo o pai e incentivando-o a apoiar a puérpera e o recém-nascido; • Realização de expressão uterina, com reavaliações da evolução do globo de segurança de Pinard; • Avaliação da puérpera após o parto, de acordo com o tipo de parto, englobando estado geral da mesma, sinais vitais, características da pele, mamas, globo de segurança de Pinard, lóquios, períneo, eliminação vesical, estado emocional e relação da tríade; • Identificação precoce de complicações e sinais de alerta, referenciando estas situações em colaboração com a Enfermeira Cooperante; • Realização dos procedimentos necessários para assegurar a transferência da puérpera e do recém-nascido para internamento, nomeadamente expressão uterina, alimentação da puérpera, exteriorização de cateter epidural, e confirmação de acesso venoso periférico permeável; • Transmissão ao enfermeiro do serviço do internamento de toda a informação referente à puérpera, recém-nascido e parto; • Solicitação de ajuda de outro profissional, sempre que a situação exceda a minha área e nível de competências; • Realização do registo de características e intervenções efetuadas, educação para saúde e diagnósticos de enfermagem identificados, no programa informático existente no serviço, partograma e BSG; • Prestação de cuidados individualizados e personalizados, respeitando culturas, valores e crenças diversas; • Avaliação dos cuidados prestados à parturiente/família.
--	---

24

	<u>Adaptação do RN à vida extrauterina:</u> - Promoção de um ambiente acolhedor, calmo e tranquilo para receber o RN; - Preparação, aquecimento e verificação da operacionalidade da unidade de reanimação do recém-nascido, incluindo material de aspiração e ventilação; - Verificação da hora exata do nascimento; - Receção do recém-nascido em pano aquecido, assegurando a manutenção da temperatura, mantendo-o sob fonte de calor, e limpando-o e secando-o prontamente após o nascimento; - Prestação de cuidados imediatos ao RN de acordo com as suas necessidades, nomeadamente: desobstrução das vias aéreas superiores com aspiração a baixa pressão e em movimentos suaves, caso se justifique; constatação do índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto de vida; realização da pesagem do RN, administração de Fitomenadiona 1mg (vitamina K) intramuscular no terço médio da face anterior da coxa esquerda, prevenindo assim doença hemorrágica; - Laqueação do cordão umbilical, se excedente, com observação minuciosa do mesmo e verificação da presença de duas artérias e uma veia; - Realização de contato com neonatologista em situações de partos distócicos, recém-nascidos prematuros, risco infeccioso, CTG não tranquilizador, patologia materna ou fetal ou intercorrências na gravidez. - Colaboração na reanimação do recém-nascido, caso necessário; - Observação física e neurológica do recém-nascido, de forma a despistar precocemente alterações morfológicas e/ou funcionais; - Avaliação do peso do recém-nascido; - Colocação de pulseira de identificação e antirroubo; - Minimização dos fatores potenciadores de stress ao recém-nascido; - Promoção da continuidade da vinculação precoce da tríade, envolvendo o recém-nascido numa manta aquecida e colocando-o junto da mãe/pai; - Realização registos de enfermagem individualizados no programa informático disponível, no BSIJ e no Boletim de Vacinas.
Competências	Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2;

25

	Competências específicas do ESMO: 3.1; 3.2; 3.3.
Recursos	- Humanos: Enfermeira Cooperante; Equipa Multidisciplinar; parturiente/acompanhante/recém-nascido. - Materiais: Material para a prática de enfermagem; BSG; Computador.
Calendarização	- Até à 5ª semana: realização das atividades propostas com supervisão da enfermeira cooperante; - Da 6ª semana à 12ª semana: atingir progressivamente a autonomia; - Da 13ª semana à 20ª semana: realização das atividades com autonomia.

6. Objetivos específicos	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados especializados em enfermagem à mulher/família/recém-nascido durante o período pós-natal.
Atividades a desenvolver	- Acolhimento da puérpera/família/recém-nascido, promovendo uma relação de empatia, pautada de disponibilidade, apoio e confiança; - Realização do acolhimento ao recém-nascido, com confirmação da pulseira de identificação e pulseira de segurança, colocação da identificação no berço; explicação da manobra de desengasgamento, exemplificando à puérpera/acompanhante; - Realização de colheita de dados da puérpera/família/recém-nascido, com recurso ao processo informático. - Validação dos dados recolhidos e aquisição de outros, nomeadamente IG; tipo de parto; índice Apgar; índice Obstétrico (IO); - Avaliação obstétrica à puérpera com monitorização de sinais vitais e observação física da puérpera, nomeadamente estado geral, sinais vitais, peso, mamas e mamilos, mucosas e pele, edema dos membros inferiores, involução uterina, sutura de episiotomia/laceração (parto vaginal), penso abdominal de ferida cirúrgica (cesariana), lóquios, eliminação vesical e eliminação intestinal; - Prestação de cuidados à puérpera submetida a parto por cesariana: monitorizar sinais vitais seis horas após, remover sonda vesical mantendo monitorização do débito urinário e observando as características da urina, verificar penso da sutura

26

	abdominal, avaliar quantidade e características dos lóquios, avaliar involução uterina, promover levante progressivo e acompanhado, se condições de segurança garantidas; • Vigilância do penso de sutura abdominal e executar tratamento à ferida cirúrgica após 48 horas de internamentos ou antes se repassado, descolado ou sempre que se justifique; • Explicação sobre higiene íntima, fornecendo orientações específicas acerca dos cuidados com a sutura abdominal ou perineal, e respetivos sinais de alerta; • Prestação de cuidados à puérpera por parto vaginal: monitorizar sinais vitais seis horas após, avaliar frequência de micção espontânea e características da urina, avaliar episiorrafia e/ou laceração, avaliar quantidade e características dos lóquios, avaliar involução uterina, e promover levante progressivo e acompanhado, se condições de segurança garantidas; • Extração do cateter epidural, após 12 horas após a administração de enoxaparina, e respeitando um intervalo de 6 horas antes da próxima administração. Posteriormente, verificar integridade da ponta e realizar de penso simples no local de inserção. • Confirmação da permeabilidade do cateter venoso periférico; • Monitorização do peso do recém-nascido às 24H e 48H de vida; • Sensibilização para os benefícios da amamentação para a puérpera e recém-nascido, respeitando sempre a decisão da mesma; • Avaliação da perda de peso do recém-nascido, em comparação com o peso ao nascimento (se superior a 10%, necessário referenciar a pediatria); • Implementação do protocolo de avaliação da glicemia capilar no recém-nascido sempre que o peso seja inferior a 2,5kg ou acima de 4kg, ou mães diabéticas; a monitorização da glicemia capilar deverá acontecer à 2ª, 4ª e 6ª hora de vida; em caso de valores normoglicémicos, suspensão do protocolo; se alterações, mantém-se avaliação a cada 8 horas até a estabilização dos valores ocorrem, durante as primeiras 24 horas de vida. • Realização e/ou supervisão do primeiro banho ao recém-nascido, em colaboração com os pais/mães, promovendo a sua participação ativa e esclarecendo dúvidas; • Realização Rastreio das Cardiopatias Congénitas, após 24 horas do nascimento do recém-nascido;
--	---

	• Realização do rastreio diagnóstico precoce; • Administração da vacina Anti-VHB se reunidas condições, nomeadamente: recém-nascido com peso superior a dois Kg; confirmação da administração da vacina Anti-VHB imediatamente após o nascimento, por parte da mãe VHB positiva; • Identificação precoce de complicações pós-parto, com tratamento e/ou encaminhamento para outros profissionais de saúde, em casos de maceração de mamilos, ingurgitamento mamário, mastite, deiscência da sutura, anemia, hemorroidas, incontinência vesical, incontinência intestinal e depressão pós-parto; • Observação e avaliação do recém-nascido, nomeadamente do estado geral, vitalidade, reflexos, integridade e coloração cutânea, cabeça, tronco e membros, fontanelas, alimentação, coto umbilical, eliminação vesical e intestinal, genitais, avaliação de peso, higiene e interação da mãe/pai com o recém-nascido; • Sensibilização da puérpera/casal para a importância da vigilância da puérpera/recém-nascido/família no período pós-natal; • Avaliação da fase de transição para a parentalidade da puérpera/família, identificando as necessidades, o estado emocional e demonstrado disponibilidade para abordar sentimentos, medos, inseguranças e cansaço; • Capacitação da puérpera para o processo de transição para a parentalidade, disponibilizando apoio emocional; • Fornecimento de esclarecimentos e capacitação do acompanhante acerca do papel crucial que desempenhará em todo o processo, tanto na partilha de cuidados com o Recém-Nascido, quanto no apoio logístico, físico e emocional à puérpera, aquando do regresso a casa; • Esclarecimento à puérpera/casal acerca das alterações do estado emocional no pós-parto, e respetivos sinais de alerta; • Identificação de desvios da normalidade no processo de transição e adaptação à parentalidade, de alterações morfológicas e/ou funcionais do recém-nascido e sempre que necessário, encaminhando para outros profissionais de saúde; • Disponibilização de apoio à puérpera/família em caso de luto por morte fetal ou neonatal;
--	--

	• Esclarecimento de dúvidas e medos da puérpera/família, através da educação para a saúde, abordando o período pós-parto, a amamentação, as diferentes posições a amamentar, pega correta, cuidados com as mamas e mamilos, o horário das mamadas, higiene, cuidados ao coto umbilical, padrão de eliminações e sinais de desconforto abdominal, causas do choro, conforto, método canguru, segurança e transporte. • Esclarecimento acerca das estratégias para repouso reparador, nomeadamente com a implementação de rotinas ao recém-nascido, avaliação da perceção quanto à natureza relaxante ou estimulante do banho, conseguindo assim otimizar os horários do mesmo; • Otimização na gestão de cuidados do recém-nascido com o parceiro; • Apresentação de estratégias para alívio de stress e de indução do sono, através de técnicas não convencionais, às puérperas/família, aquando de preparação para a alta hospitalar. • Realização do processo de enfermagem com plano de cuidados de acordo com as necessidades da puérpera/casal, integrando-os nos cuidados; • Instrução sobre a vigilância de saúde infantil e documentos após a alta do recém-nascido; • Instrução acerca da consulta de revisão pós-parto; • Prestação de cuidados à puérpera/família com base nos princípios éticos, deontológicos, de privacidade e de sigilo profissional; • Prestação de cuidados individualizados e personalizados, respeitando culturas, valores e crenças diversas; • Realização de registos de enfermagem da puérpera e recém-nascido, no programa informático disponível, assim como no BSG. • Preenchimento do Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) com dados relevantes, nomeadamente valores do rastreio das cardiopatias congénitas, administração da primeira dose da vacina VHB, e administração de imunoglobulina antiD, caso necessário);
Competências	• Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2 • Competências específicas do EEESMO: 4.1, 4.2, 4.3

Recursos	• Humanos: Enfermeira Cooperante; Puérpera/família/recém-nascido; • Materiais: BSG; BSIJ; Balança; Fita Métrica; Esfigmomanómetro; Material de penso; Computador.
Calendarização	Ao longo do ensino clínico.

7. Objetivos específicos	Desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais que permitam a prestação de cuidados de enfermagem especializados em ESMO à mulher inserida na família e comunidade durante o climatério e a vivenciar processos de saúde/ doença ginecológica.
Atividades a desenvolver	• Acolhimento da mulher, estabelecendo uma relação de empatia, disponibilidade, confiança e apoio; • Realização da avaliação inicial e colheita de dados à mulher grávida, acerca da história clínica e obstétrica/ginecológica; • Avaliação do estado físico da mulher, nomeadamente estado geral, sinais vitais, pele e mucosas, peso, altura e índice de massa corporal; • Avaliação do estado psicológico e emocional da mulher; • Prestação de cuidados à mulher/casal tendo em conta princípios éticos, deontológicos, de privacidade e sigilo profissional; • Desenvolvimento de plano de cuidados individualizado com a mulher, promovendo a sua integração no processo de cuidado; • Demonstração de disponibilidade à mulher para obter uma relação de ajuda; • Sensibilização da mulher para a pertinência da vigilância de saúde ginecológica, reforçando a importância de realização de exames complementares de diagnóstico de forma periódica • Sensibilização da mulher para a importância da realização dos rastreios, nomeadamente da mama, de acordo com periodicidade definida, permitindo detetar situações de risco precocemente, assim como instruções para autoexame da mama; • Instrução acerca de prevenção de infeções génito-urinárias e cuidados perineais; • Elucidação sobre infeções sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos e importância da adesão à periodicidade das consultas; • Colaboração na consulta médica na área de ginecologia e na realização de colposcopia e biópsia do colo do útero, vagina ou vulva; • Encaminhamento para ginecologista em situações de desvio da normalidade/doença, identificados que não sejam da intervenção do EEESMO;

	• Realização de tratamentos de feridas cirúrgicas, se cirurgia ginecológica, e esclarecimento de medidas de prevenção de infeção pós-operatória; • Avaliação da adesão e cumprimento do programa nacional de vacinação da mulher; • Identificação de desvios da normalidade, prevenindo complicações para a saúde da mulher; • Avaliação do estado emocional e, se necessário, encaminhar apoio psicológico ou assistência social; • Sensibilização para a pertinência das consultas de planeamento familiar/saúde sexual e reprodutiva; • Esclarecimento de dúvidas e medos da mulher/família, através da educação para a saúde; • Prestação de cuidados individualizados e personalizados, respeitando culturas, valores e crenças diversas; • Realização registos de enfermagem individualizados no programa informático disponível.
Competências	• Competências comuns do enfermeiro especialista: A1, A2, B1, B2, B3, C1, C2, D1, D2; • Competências específicas do ESMO: 4.1, 4.2, 4.3, 5.1, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3.
Recursos	• Humanos: Enfermeira Cooperante; Mulher; • Materiais: balança, esfigmomanómetro; normas e protocolo.
Calendarização	Ao longo do ensino clínico.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Simões, Alarcão & Costa (2008) citam que o contexto de ensino clínico proporciona ao aluno o aprofundar dos conhecimentos, traduzindo-se, consequentemente, em momentos marcantes de aprendizagem e de desenvolvimento profissional e individual. Desta forma, é com motivação e determinação que inicio o segundo ano letivo do 9º CMESMO, que será recheado de experiências enriquecedoras e promotoras de desenvolvimento de competências técnicas, cognitivas, relacionais e científicas, que me permitirá alcançar com sucesso todos os objetivos específicos que defini, assim como as atividades planeadas.

De referir que o presente Projeto de Aprendizagem Individual se constitui um instrumento de desenvolvimento pessoal e profissional.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <http://dx.doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Campinha-Bacote, J. (2002). The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Campinha-Bacote, J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-8. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man05>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1st ed.). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-esmo.pdf
- PORDATA – Estatísticas sobre Portugal e Europa (2023, setembro 30). *Imigrantes permanentes: total e por grupo etário - Quantas pessoas imigraram para Portugal, por faixa etária?*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/portugal/imigrantes+permanentes+total+e+por+sexo-3254>
- PORDATA (2023, Setembro 30). *Nados-vidos de mães residentes em Portugal: total e por nacionalidade da mãe – Quantos bebés nascem de mães portuguesas ou estrangeiras?*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/portugal/nados+vivos+de+maes+residentes+em+portugal+total+e+por+nacionalidade+da+mae-2512-197690>
- Ramos, M. N. (2020). Desafios Globais Contemporâneos da Comunicação e da Saúde das Populações Migrantes e Refugiados. *Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación*, 19(35), 38-49. <https://revista.publaic.org/index.php/alaic/article/view/1760>
- Regulamento n.º 140/2019 do Ministério da Saúde (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II série, n.º 26. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 391/2019 do Ministério da Saúde (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República: II série, n.º 85. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde (s.d.). 
[spe/](#)
- Simões, J., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*, 2(6), 91-108. <https://www.index-f.com/referencia/2008pdf/0691108.pdf>

APÊNDICE 8: *Post* acerca do Dia Mundial da Contraceção

DIA MUNDIAL DA CONTRACEÇÃO

26 de Setembro

Liberdade para Explorar

Explorar a educação, a formação e o desenvolvimento pessoal, sem preocupações!

Proteção contra Infecções Sexualmente Transmissíveis

O uso de preservativos previne a transmissão de infeções!

Escolhas e Autonomia

Escolhas informadas sobre a vida sexual e reprodutiva!

Relações Saudáveis

Baseadas em comunicação, partilha e respeito mútuo!

Prevenção de Gravidez Não Planeada

Escolher quando iniciar uma família, mantendo uma estabilidade emocional e pessoal!

Controlo da Saúde Reprodutiva

Importante para a saúde física e emocional!

ESCLAREÇA AS SUAS DÚVIDAS
CONSULTE A SUA EQUIPA DE SAÚDE

Trabalho elaborado por: Enfermeira Lúcia Neves Braga, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no âmbito do Estágio na Comunidade realizado na [redacted] Sob Orientação: [redacted] e Professora Conceição Santiago.

Referências Bibliográficas:
Direção Geral de Saúde (2008). Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, disponível em https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
Sociedade Portuguesa de Contraceção (2020). Consenso sobre Contraceção. Disponível em https://www.spdc.pt/images/SPDC_Consensos_2020_novo_21julho2021_digital_book_website.pdf

APÊNDICE 9: Atividade saúde escolar – “Como surgem os Bebés?”

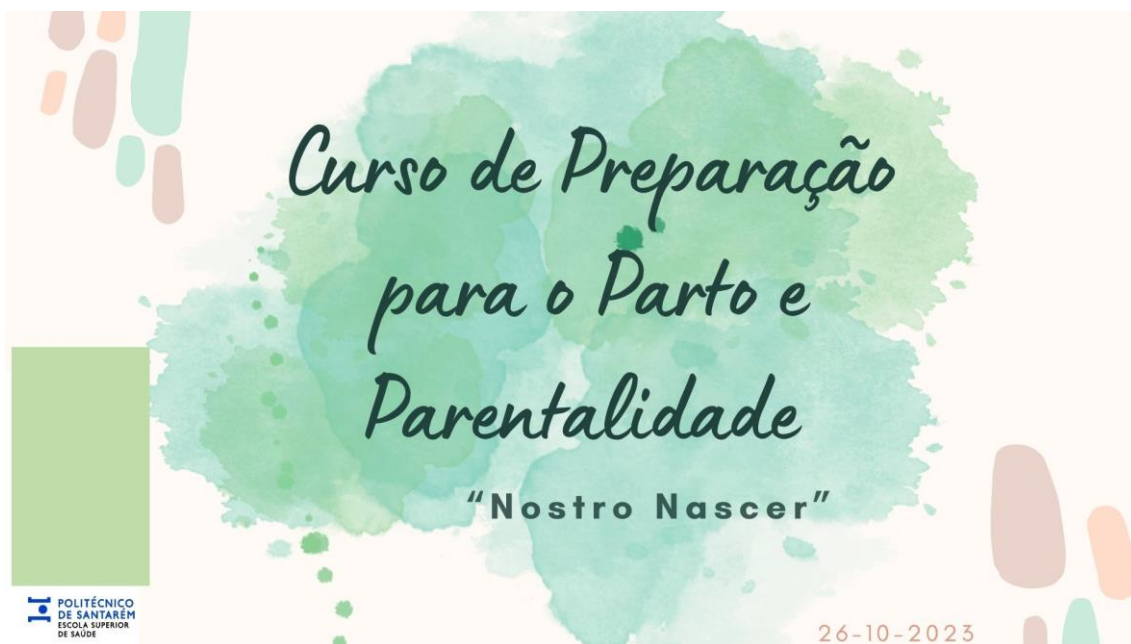
**Plano da sessão de educação para a
saúde – Como os bebés surgem?**

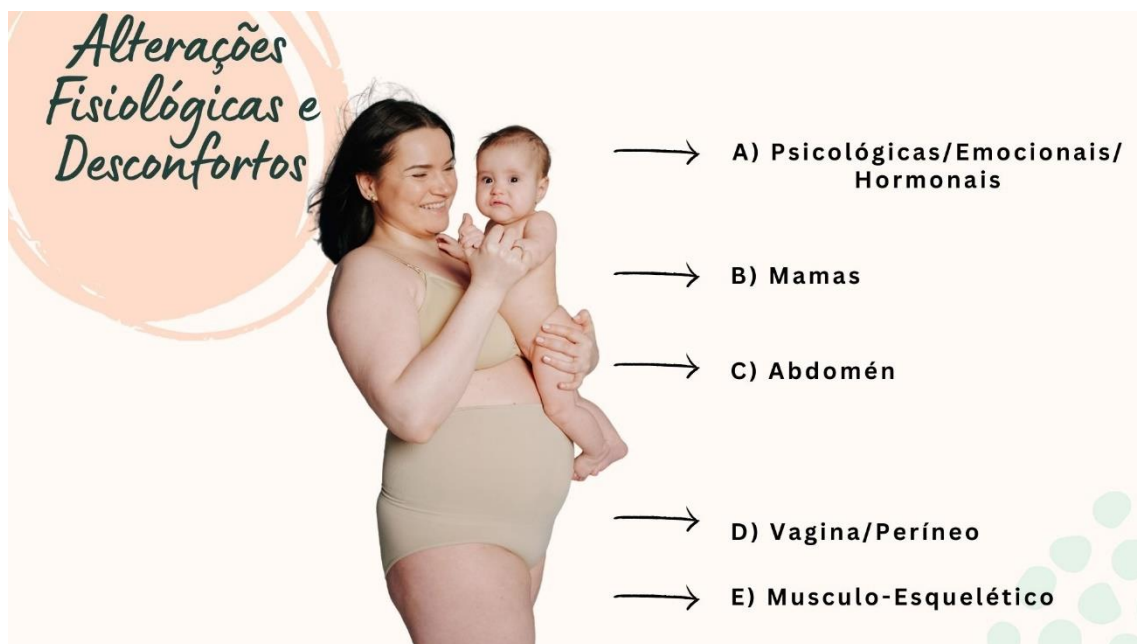
Temática da sessão: Compreensão da reprodução humana, evolução da gravidez e nascimento.	
Objetivo da sessão: Contextualizar a evolução da gravidez, com o desenvolvimento do ser humano desde a fecundação até ao nascimento.	Data: 23 de outubro de 2023
Grupo-alvo: Estudantes de uma turma de 4º ano.	Local: Sala de aula da [REDACTED]
	Duração da sessão: 1 hora

Fase	Objetivos	Duração	Método	Recursos materiais	Avaliação
Introdução	- Apresentar a temática, com referência ao objetivo do projeto e da sessão; - Promover a comunicação.	5 min	Expositivo Explicativo	Computador; DataShow.	Observação do interesse e participação dos alunos
Desenvolvimento	- Abordar a reprodução humana; - Esclarecer acerca do processo de fecundação; - Demonstrar a evolução da gravidez; - Exemplificar o nascimento.	40 min	Expositivo Explicativo	Computador; DataShow; Apresentação em PPT do aluno responsável pelo projeto; Manequins.	
Conclusão	- Sintetizar os conteúdos abordados na sessão; - Esclarecer dúvidas; - Incentivar a expressão verbal; - Avaliação da sessão.	15 min	Expositivo e participativo	Computador; DataShow; Apresentação em PPT do aluno responsável pelo projeto; Manequins; Papel; Caneta.	Avaliação através de questionário com questões acerca da temática



APÊNDICE 10: Sessão do Curso De Preparação Para o Parto e Parentalidade –
Puerpério





Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Psicológicas
Emocionais
Hormonais

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Psicológicas, Emocionais, Hormonais

**As alterações hormonais no puerpério
podem causar:**



- Flutuações de humor;
- Sudorese noturna;
- Alterações na temperatura corporal;
- Alterações na pele e no cabelo.

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Psicológicas, Emocionais, Hormonais

Ajuste físico e emocional



Privação do sono



FADIGA

É importante que a mãe descanse sempre que possível!

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Psicológicas, Emocionais, Hormonais

Mudanças hormonais

Fadiga

Novas responsabilidades



Alterações de humor

Ansiedade

Blues pós-parto

Depressão pós-parto

Reconhecer e pedir ajuda o mais precoce possível!

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Mamas

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Mamas



Colostro



Leite



Estimulação



**Ingurgitamento
Mamário**

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Mamas



- À medida que a amamentação continua, a produção de leite adequa-se ao bebé e a dor diminui;
- Mama e os mamilos secos, após higiene;
- Hidratação e proteção do mamilo com colostro;

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Mamas



- Soutien adequado à amamentação;
- Apoio na amamentação com profissionais de saúde, caso ocorram dúvidas, medos ou dificuldade na adaptação.

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Abdómen

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado **Abdómen**



**O útero adquire o seu tamanho habitual
entre a 4^a e 6^a semana pós-parto.**

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado **Abdómen**



Durante a amamentação



Estímulo da sucção



Ocitocina



Estimula as contrações uterinas



Contrações podem ser dolorosas

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado **Abdómen**



Cesariana - Ferida cirúrgica

**Penso geralmente é realizado
no dia da alta hospital.**

**Pode provocar dor local e
limitação de movimentos**

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Abdómen

Cuidados:



- Pontos devem ser removidos entre 8^º - 10^º dia, no centro saúde;



- Tomar apenas duche de chuveiro, evitando molhar o penso (penso impermeável);

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Abdómen

Cuidados:



- Observar o penso diariamente para perceber se está repassado;



- Evitar levantar pesos ou esforços físicos, realizando contenção da sutura ao tossir ou espirrar;

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Abdómen

Alertas:



- **Sangue ou exsudado amarelado no penso;**
- **Dor muito intensa;**
- **Febre.**

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Vagina e Períneo

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Vagina e Períneo

Lóquios



- **Sangramento vaginal fisiológico que surge após o parto, para eliminar o excesso de tecido e sangue do útero;**
- **Pode durar várias semanas, mas diminui gradualmente;**
- **Odor semelhante à menstruação.**

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Vagina e Períneo

Lóquios



Até 4°-5° dia:
Hemáticos
Vermelho vivo ou escuro



5°-10° dia:
Sero-Hemáticos
Rosado ou Acastanhado



2 a 6 semanas
Serosos
Creme/Esbranquiçados

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Vagina e Períneo

Lóquios - Sinais alarme



- **Coágulos de sangue muito grandes após as primeiras 24 horas pós-parto;**
- **Não existe diminuição do fluxo, mas sim aumento;**
- **Odor fétido.**

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Vagina e Períneo

Vagina



- **A vagina retorna ao seu estado normal entre a 3ª a 8ª semana pós-parto;**
- **A mucosa vaginal fica pouco espessada, com estreitamento e redução da mucosa vaginal, devido à diminuição dos estrogénios.**

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Vagina e Períneo

Períneo



Episiotomia:
Incisão feita no
períneo



Episiorrafia
Sutura dessa incisão

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Vagina e Períneo

Períneo - Cuidados

- Higienizar a região com água corrente e morna;
- Realizar sempre higiene perineal após evacuar;
- Usar sabão de pH fisiológico/neutro;



Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Vagina e Períneo

Períneo - Cuidados

- Secar muito bem com toalha limpa (sem friccionar);
- Mudar penso higiénico frequentemente;
- Evitar sentar sobre a cicatriz;



Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Vagina e Períneo

Períneo - Cuidados

- Vigiar sinais de infeção, edema e hematomas;
- Aplicar gelo se hematoma, edema ou desconforto;
- Usar roupas largas e de fibras naturais.



Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Vagina e Períneo

Incontinência vesical

Durante os primeiros três meses após o parto é considerado normal.



Exercícios Kegel:

Contrair e descontrair os músculos do períneo, durante e após a micção.



Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Vagina e Períneo

Hemorróidas

São veias dilatadas do canal anal (internas ou externas), que podem causar dor, hemorragia e tumefação.

Aparecem durante a gravidez ou no pós-parto.

Podem agravar-se se existir obstipação.

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Vagina e Períneo

Hemorróidas - Cuidados

- Aplicar gelo local;
- Aplicar anestésico local em gel ou pomada;
- Ao sentar, utilizar uma almofada apropriada;



Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Vagina e Períneo

Hemorróidas - Cuidados

- Redução das hemorróidas: reintroduzir as hemorroidas no ânus com a ajuda de um dedo, e ficar deitada para um dos lados.

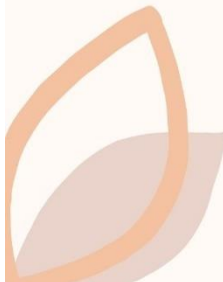


*Alterações Fisiológicas,
Desconfortos e AutoCuidado*

Obstipação

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Obstipação



**Frequente no pós-parto,
com presença de dor ao
evacuar.**



Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Obstipação

Cuidados:

- **Hidratação oral de 1,5l/dia;**
- **Alimentação rica em fibras;**
- **Retoma de atividade física ligeira diária e exercício físico ligeiro, como pequenas caminhadas.**



Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Sistema Musculo-Esquelético

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Sistema Musculo-Esquelético

O corpo da mulher experienciou uma série de mudanças durante a gravidez, de forma a acomodar o bebé durante o seu desenvolvimento.



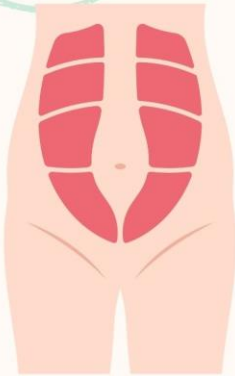
Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Sistema Musculo-Esquelético

Os músculos pélvicos sofrem um estiramento excessivo.

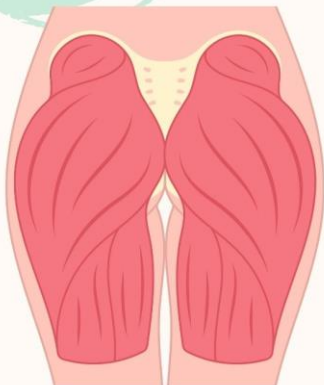


A parede abdominal mantém-se distendida no pós-parto, podendo demorar até 6-7 semanas para recuperar.



Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Sistema Musculo-Esquelético



Os músculos pélvicos podem demorar cerca de 6 meses a regressar à normalidade.

Pode ser variável e muito dependente dos cuidados da mulher no período pós-parto.

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Sistema Musculo-Esquelético

Cuidados que favorecem o retorno à normalidade:

- **Amamentar: contração do útero e recuperação abdominal;**
- **Alimentação equilibrada, sem dietas radicais;**
- **Adotar boa postura;**

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Sistema Musculo-Esquelético

Cuidados que favorecem o retorno à normalidade:

Exercícios físicos suaves nos primeiros dias.



Contração dos músculos abdominais alguns segundos durante a expiração, relaxando em seguida.



Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Sistema Musculo-Esquelético

Cuidados que favorecem o retorno à normalidade:

Praticar exercícios pós-parto:

2 semanas

Parto
via vaginal

6 semanas

Cesariana

- Natação
- Hidroginástica
- Pilates
- Caminhadas

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Sistema Musculo-Esquelético

Cuidados que favorecem o retorno à normalidade:

Exercícios pós-parto:

- Fortalecem a musculatura abdominal e pélvica;
- Diminuem a flacidez;
- Favorecem a sustentação da bexiga e intestinos (prevenindo a incontinência).

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Temperatura

Alterações Fisiológicas, Desconfortos e AutoCuidado

Temperatura

Pode existir subida da temperatura ao 2º/3º dia pós-parto devido ao início da lactação.

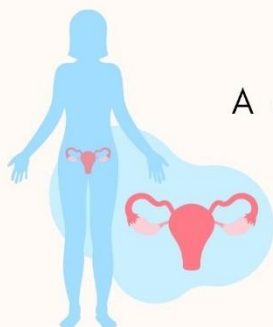


Alerta: Permanência mais de 24h.



Contraceção

Contraceção



A ovulação pode ocorrer 27 dias pós-parto



14 dias antes de aparecer a menstruação - Risco de Engravidar.

90% das mulheres volta a ter menstruação à 24^a semana pós-parto.

Método Contraceutivo	Informações	Início da contraceção		
		Aleitamento Materno Exclusivo	Aleitamento Materno Misto	Aleitamento Artificial
Amenorreia lactacional	A amamentação tem que ser exclusiva até aos 6 meses, com mamadas diurnas e noturnas, com intervalo não superior a 6 h.	Imediatamente após o parto.	Não se aplica.	
Dispositivo intrauterino de cobre - DIU	Contraceptivos mecânicos, não hormonais. Reação inflamatória no endométrio por ação do cobre, que inibe a mobilidade e sobrevivência dos espermatozóides.	Nas primeiras 48 horas ou a partir da 4ª semana pós-parto		
Dispositivo intrauterino com levonorgestrel	Levonorgestrel não interfere com a produção de leite nem com o desenvolvimento do recém-nascido.	Aplicado entre a 4ª - 6ª semana		

Método Contracetivo	Informações	Início da contraceção		
		Aleitamento Materno Exclusivo	Aleitamento Materno Misto	Aleitamento Artificial
Contracetivo oral combinado (COC)	Contêm estrogénio e progestagénio.	6 meses após o parto.	6ª semana pós-parto.	21º dia pós-parto
Anel vaginal				
Adesivo				
Progestativo Oral (Pilula)	Contêm apenas uma hormona – Progesterona.	6 semanas após o parto.		De imediato
Injetável trimestral	A contraceção hormonal oral é a chamada “pilula de amamentação”, que não tem interrupções de 7 dias (toma contínua).			
Implante subcutâneo				
Métodos de Barreira	Preservativos Feminino e Masculino	Imediatamente após <u>retorno das relações sexuais.</u>		

Método Contracetivo		Início da contraceção		
		Aleitamento Materno Exclusivo	Aleitamento Materno Misto	Aleitamento Artificial
Métodos Naturais	Observação Muco			Apenas quando as secreções vaginais tiverem retornado ao normal.
	Calendário			Apenas após 3 ciclos menstruais regulares.
Vasectomia		Imediatamente		
Laqueação de Trompas		Nos primeiros 7 dias ou a partir da 6ª semana pós-parto		



Sexualidade



Sexualidade

Preocupações que interferem na sexualidade no pós-parto:



- Dor e desconforto;
- Privação de sono;
- Falta de tempo;
- Redução da libido;

Sexualidade

Preocupações que interferem na sexualidade no pós-parto:



- Falta de interesse no parceiro;
- Mudanças físicas do corpo materno;
- Diminuição da lubrificação;
- Presença do recém-nascido no quarto;
- Medo de uma nova gravidez.

Sexualidade

A relação sexual pode ser reiniciada com segurança quando:



- Terminam os lóquios;
- A incisão da episiotomia cicatrizar;
- A mulher se sentir disposta a.

É seguro reiniciar aproximadamente 4 semanas após o parto.

Sexualidade

O reinício da atividade sexual varia de mulher para mulher, devendo ocorrer quando o **casal se sentir preparado e confortável.**



Sexualidade

Comunicação

Diálogo

Partilha



*Consulta
Revisão de Parto*





Consulta Revisão de Parto

Entre a 4^a e a 6^a semanas após o parto



Puerpério sem complicações ou desvios da normalidade



Consulta Revisão de Parto

Consulta de puerpério precoce

Até ao 15º dia pós-parto

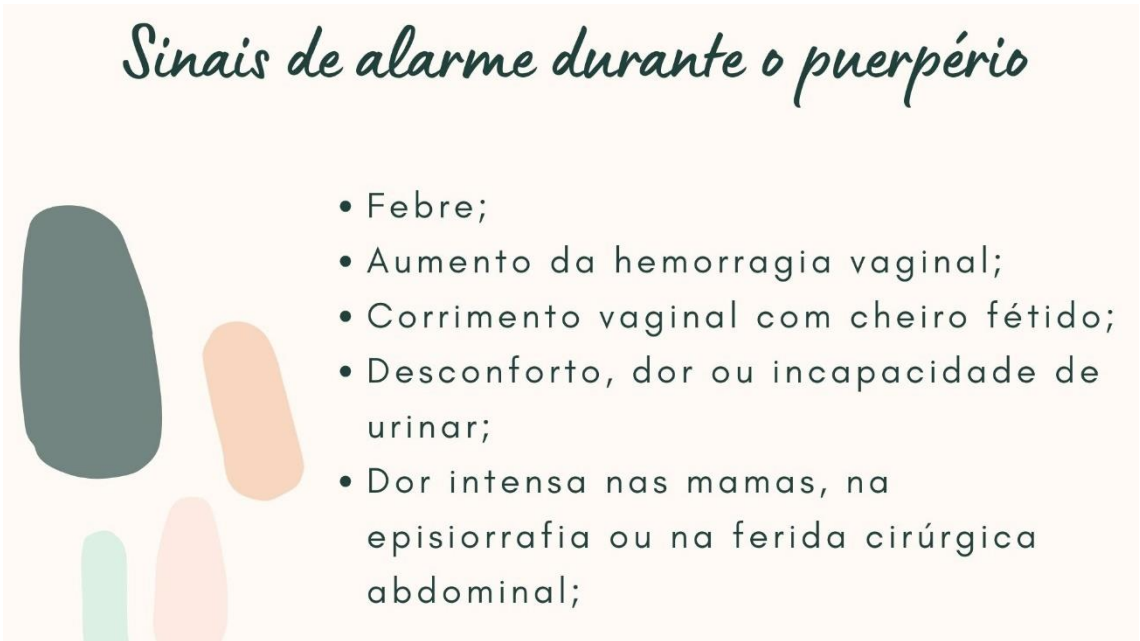


- Avaliação de ferida cirúrgica;
 - Remoção de material de sutura;
 - Dificuldades no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno.
- 



Sinais de alarme durante o puerpério

Sinais de alarme durante o puerpério

- 
- Febre;
 - Aumento da hemorragia vaginal;
 - Corrimento vaginal com cheiro fétido;
 - Desconforto, dor ou incapacidade de urinar;
 - Dor intensa nas mamas, na episiorrafia ou na ferida cirúrgica abdominal;

Sinais de alarme durante o puerpério



- Penso da ferida repassado;
- Início súbito de dor e edema nos membros inferiores;
- Dificuldade em respirar;
- Puérpera/Companheiro sentirem-se muito triste e angustiados, durante a maior parte do dia.

Visita ao Recém-Nascido



Visita ao Recém-Nascido

- Familiares e amigos muito chegados;
- Sem surpresas e sem tocar à campainha;
- Rápidas;
- Sem conselhos inconveniente e palpites;



Visita ao Recém-Nascido

- Não beijar, tocar, respirar perto do bebé e não deixar que crianças pequenas estejam muito próximas;
- Lavar sempre as mãos;
- Usar máscara nos primeiros 30 dias do bebé;



Visita ao Recém-Nascido

- Não pedir para agarrar o bebé ao colo;
- Nunca acordar o bebé;
- Se existirem sinais/sintomas de doença, não visitar o bebé.

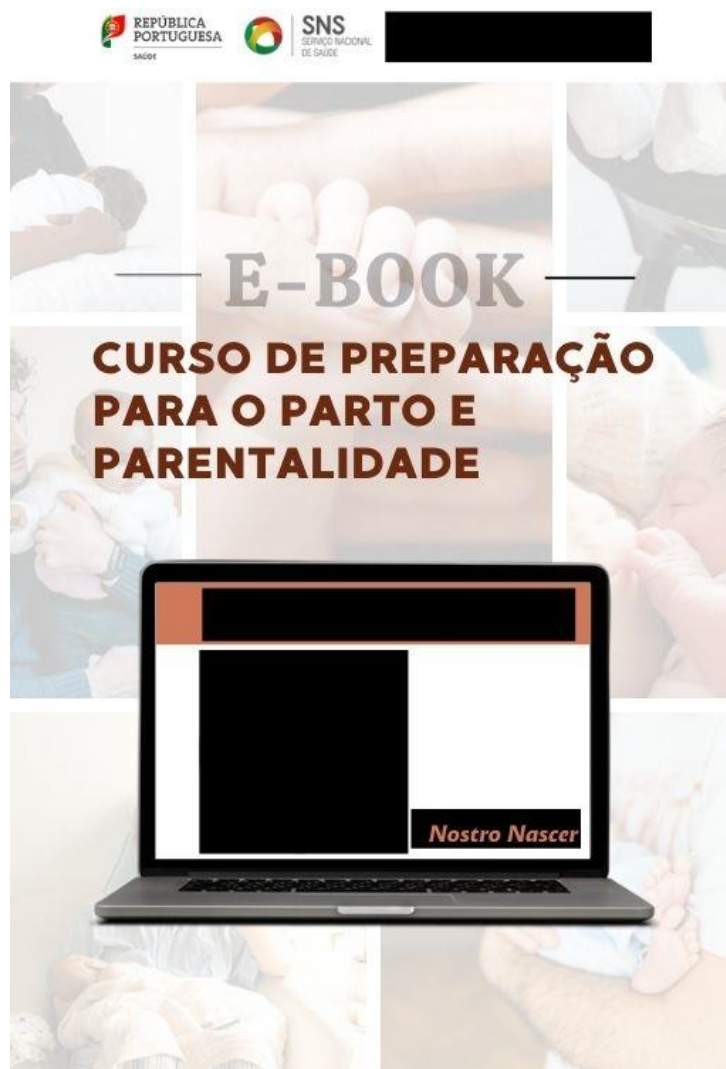


Dúvidas?





APÊNDICE 11: *E-Book* Curso de Preparação Para o Parto e Parentalidade



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

CONTACTOS DE EMERGÊNCIA

Número Europeu de Emergência

112

Saúde 24

808 242 424

SOS Criança (nº gratuito)

116 111

Centro de Informações Antivenenos

808 250 143

Associação para a Promoção Segurança Infantil

218 844 100

Apoio à Vida (apoio 24h)

912 301 010

Informação de Farmácias de Serviço

118

Hospital Beatriz Ângelo - Serviço de Urgência (24h por dia)

219 847 200

e-mail: geral@hbeatrizangelo.pt



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

FICHA TÉCNICA

TÍTULO DO CURSO

Preparação para o Parto e Parentalidade

AUTORAS DO CURSO

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

Enfermeira Especialista em Reabilitação



Com a colaboração da Enfermeira Lúcia Neves Braga, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no âmbito do Estágio na Comunidade.

DIREÇÃO EDITORIAL



Horário de Funcionamento:

De segunda a sexta-feira das 8h às 18h

1ª Edição, 2023



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

PREFÁCIO

A gravidez, o parto e o nascimento de um filho são acontecimentos que impõem ação, mudança e adaptação na vida daqueles que os vivenciam.

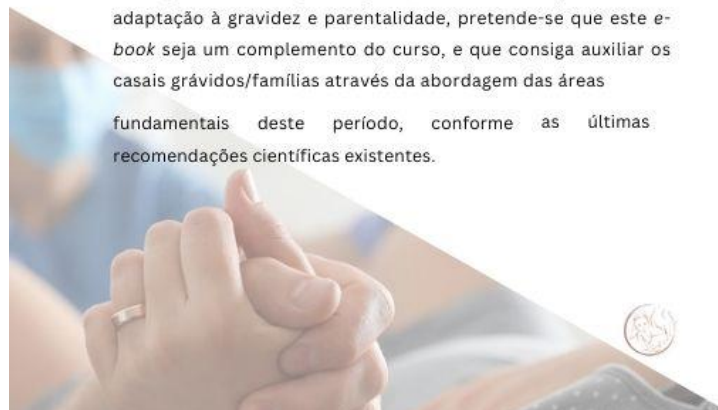
É desejável que estes momentos sejam vividos de uma forma positiva, pois passarão a fazer parte do projeto de vida da mulher/casal/família.

O Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade Nosso

Nascer tem como principal objetivo capacitar a mulher/casal/família para a vivência e experiência de uma gravidez, parto e parentalidade positiva e responsável.

Sendo o conhecimento o melhor instrumento para lidar com as alterações físicas e psicológicas, associadas ao processo de adaptação à gravidez e parentalidade, pretende-se que este e-book seja um complemento do curso, e que consiga auxiliar os casais grávidos/famílias através da abordagem das áreas

fundamentais deste período, conforme as últimas recomendações científicas existentes.



ÍNDICE
01

Hábitos de vida saudáveis na gravidez

02

Trabalho de parto

03

Exercícios na gravidez e trabalho de parto

04

Cuidados ao Recém-Nascido

05

Cuidados ao Bebê

06

Amamentação

07

Preparar a chegada

Puerpério

08

Maternidade e Parentalidade

09



1

**HÁBITOS DE VIDA
SAUDÁVEIS NA
GRAVIDEZ**



1 HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA GRAVIDEZ

Gravidez...

Até ao parto, decorrem nove meses, e muitas emoções e mudanças acontecem. Mudanças essas tanto fisiológicas como psicológicas.

A forma como a grávida/casal vive todas as transições e transformações é individual e única. Salienta-se que cada gravidez é diferente, mesmo quando vivida pela mesma mulher.

Para o bom desenvolvimento do feto e vivência positiva da gravidez, é fundamental que a grávida/casal viva este período de forma serena.

A gravidez não é um estado de doença, que necessite de tratamento. É sim uma fase em que **necessita de acompanhamento de saúde**, para detetar precocemente algum parâmetro que necessite de maior atenção.

Gerar uma criança, traduz-se numa adaptação a uma nova realidade e a uma modificação fisiológica, corporal e emocional que culmina num desfecho: o nascimento de uma ou mais crianças.

IDADE GESTACIONAL POR TRIMESTRES:

- 1.º Trimestre:** do início da gravidez (1.º dia da última menstruação) até à 13.ª semana e 6 dias
- 2.º Trimestre:** da 14.ª semana até às 27 semanas e 6 dias
- 3.º Trimestre:** da 28ª semana até ao final da gravidez.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO E PARENTALIDADE

1 HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA GRAVIDEZ

Alimentação...

Durante a gravidez é necessário um cuidado especial com a alimentação, ~~saúde e desenvolvimento do feto~~ **saúde e desenvolvimento do feto**, através de alterações metabólicas e fisiológicas na grávida.

Na gravidez, é natural que o peso aumente, devido à formação da placenta, líquido amniótico, crescimento do feto, volume do útero e do sangue, tecido mamário e tecido adiposo.

É reconhecido que um ganho de peso adequado é necessário para o resultado ideal da gravidez, e é um dos melhores indicadores do peso ao nascimento.

O aumento de peso ideal depende da altura e do peso da mulher antes de engravidar. A altura e o peso são usados para calcular o chamado “índice de massa corporal” (IMC).

SE ANTES DA GRAVIDEZ...	RECOMENDAÇÃO DO AUMENTO DE PESO IDEAL DURANTE A GRAVIDEZ...	AUMENTO DE PESO/SEMANA NO 2º E 3º TRIMESTRES
IMC*		
BAIXO PESO <18,5	12,5 – 18 kg	0,5kg
NORMOPONDERAL 18,5 – 24,9	11,5 – 16 kg	0,4kg
EXCESSO DE PESO 25,0 – 29,9	7 – 11,5 kg	0,3kg
OBESIDADE ≥30	5–9 kg	0,2kg

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O NASCIMENTO E PARENTALIDADE

1 HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA GRAVIDEZ

Suplementação/vitaminas...

Na gravidez existe um aumento das necessidades de alguns nutrientes importantes, tanto para a mãe como para o feto. Existem três suplementos essenciais durante a gravidez:

- **Ácido Fólico** - importante para a formação do tubo neural e prevenção de malformações neurológicas no recém-nascido. Existe em alguns alimentos, como vegetais de folha verde-escura (espinafres, brócolos, couve, etc.), fígado, fruta, frutos secos, leguminosas, ovos e marisco. Deve iniciar 2 meses antes de deixar o método contraceptivo (prevenindo assim defeitos do tubo neural e espinha bífida);
- **Ferro** - essencial na prevenção de anemia. Deve iniciar-se no 2º trimestre da gravidez, sendo que no último trimestre, a absorção deste mineral aumenta 4 vezes. Encontra-se naturalmente em alimentos de origem animal e vegetal como carnes escuras como vaca, aves, porco, borrego e peixe, mas, também, em vegetais, como feijões, lentilhas, espinafres, frutos secos (alperces, ameixas, tâmaras, uvas), soja;
- **Iodo** - fundamental para o desenvolvimento e maturação do sistema nervoso central fetal. É um oligoelemento obtido através da alimentação, nomeadamente peixe, marisco, sal iodado, lacticínios e ovos. Está recomendada a complementação antes de engravidar e durante toda a gravidez. Em mulheres com história pessoal de patologia da tiroide, a utilização do iodo durante a gravidez não é recomendada.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

1 HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA GRAVIDEZ

Orientações gerais...

- Tomar sempre a refeição do pequeno-almoço, sendo esta uma das mais importantes;
- Não deverá comer “*por dois*”, mas sim **para** dois;
- Evitar a ingestão de refeições ricas em gordura;
- Aumentar a ingestão de líquidos, entre as refeições (água, chás, sumos de fruta naturais);
- Consumir alimentos com elevado teor de fibras (legumes, fruta e cereais integrais);
- Comer em pequena quantidade;
- Fazer pequenas refeições com intervalos de 2 a 3 horas;
- Limitar o consumo de bebidas com gás, produtos com chocolate,
- fruta ácida, tomate, fritos e picantes;
- Reduzir o consumo de café, a um máximo de 2 cafés por dia;
- Não ingerir bebidas alcoólicas;
- Moderar o consumo de sal, optando por utilizar ervas aromáticas e especiarias como forma de realçar o sabor dos alimentos;
- Comer queijos pasteurizados;
- Evitar deitar-se após as refeições;
- Evitar roupa apertada, que comprima o abdómen.
-

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

1 HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA GRAVIDEZ

Hábitos de exercício físico...

É desejável que as grávidas assumam um papel ativo, adotando estilos de vida saudável.

Recomenda-se que pratiquem exercício de uma forma moderada, durante **pelo menos 30 minutos** por dia, na maioria ou em todos os dias da semana.

IMPORTANTE:

A prática de exercício físico só é saudável na ausência de complicações médicas ou obstétricas.

Exemplo de desportos recomendáveis durante a gravidez:

- Natação com orientação de professor;
- Hidroginástica;
- Yoga;
- Caminhada;
- Dança.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

1 HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA GRAVIDEZ

Hábitos de exercício físico...

Vantagens:

- Aumenta a resistência física; Melhora a elasticidade e a força;
- Menor aumento de peso; Desenvolve uma melhor perceção das alterações no corpo; Mais energia; Diminui a probabilidade de parto por cesariana; Menor incidência de pré-eclâmpsia (hipertensão nas grávidas) e de diabetes gestacional; Trabalhos de parto mais rápidos e com menor necessidade de indução;
- Promove o relaxamento - melhoria de algumas queixas associadas à gravidez como insónia, dores lombares, dores pélvicas, obstipação e inchaço; Promove o bem-estar psicológico; Menor incidência de depressão pós-parto;
- Recuperação mais rápida do peso após o parto.

-
-
-



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

1 HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA GRAVIDEZ

Consumo de tabaco...

É fortemente **recomendável não fumar!**

Por inúmeras razões...

- Infertilidade;
- Aborto espontâneo;
- Gravidez ectópica;
- Baixo peso ao nascer;
- Parto pré-termo;
- Atraso de crescimento intra-uterino;
- Rotura precoce das membranas;
- Descolamento de placenta;
- Placenta prévia;
- Fissuras orofaciais (fenda do palato e lábio leporino);
- Malformações congénitas (cardiovasculares, pé boto, gastrosquise);
- Morte fetal ou morte perinatal;
- Síndrome de morte súbita do lactente;
- Infecções do trato respiratório;
- Sintomatologia asmática e agravamento das crises de asma na criança e/ou o aparecimento de asma na criança;
- Otites do ouvido médio;
- Redução da função pulmonar no recém-nascido e na criança;
- Efeitos adversos no neurodesenvolvimento fetal;
- Transtornos do comportamento, de hiperatividade e défice de atenção na criança;
- Maior propensão para o consumo de tabaco na adolescência.
-

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

1 HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA GRAVIDEZ

Orientações para a gravidez...

Viajar!

O 2º trimestre da gravidez (14-28 semanas) é o período mais seguro para viajar.

A grávida **quando decide viajar de carro**, deverá ter como cuidados:

- efetuar paragens a cada 60 a 90 minutos, com uma duração de 30 minutos;
- durante as paragens é importante deambular por períodos.

Caso a grávida **decida viajar de avião**, deverá ter, em atenção, os seguintes cuidados:

- devem fazer-se acompanhar por declaração médica - a partir das 28 semanas;
- deve solicitar um lugar junto ao corredor, para facilitar o acesso à casa de banho;
- deve ingerir uma refeição leve antes e durante o voo;
- deve usar meias de descanso / compressão.

Nota:

As grávidas podem viajar até às 36 semanas de gestação. E, no caso de gravidez gemelar, até às 32 semanas de gestação.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

1 HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA GRAVIDEZ

Orientações para a gravidez...

Posição para dormir!

A posição para dormir na gravidez pode causar alguma ansiedade, e é frequente a grávida não se sentir confortável e alterar a sua posição, várias vezes, durante os seus momentos de descanso.

A partir das 28 semanas, a posição ideal para dormir, será de lado, com um ou ambos os joelhos fletidos. A grávida deve optar, preferencialmente, por dormir virada para o lado esquerdo.

Dormir de barriga para cima nesta fase final da gestação fará com que todo o peso do útero e bebé pressione alguns vasos importantes que conduzem sangue ao coração. Essa pressão poderá associar-se a dificuldade respiratória e a tonturas, conduzindo ainda a uma eventual diminuição da oxigenação do bebé, interferindo com o seu bem-estar.

Uma estratégia que poderá auxiliar a grávida é a colocação de várias almofadas em locais estratégicos: atrás das costas, entre os joelhos e debaixo da barriga, entre a cama e esta.

De qualquer das formas, se a grávida acordar numa posição diferente não deverá ficar preocupada, mas apenas corrigir a sua postura.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

1 HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA GRAVIDEZ

Orientações para a gravidez...

Postura!

Levantar da cama: Não se deve levantar da cama com a barriga para cima; o correto é virar-se de lado primeiro e utilizar os braços como apoio, levando as pernas para fora da cama.

Sentar: A cadeira ou sofá deve ter sempre um encosto, para que a coluna fique totalmente apoiada.

Dormir: Deitar preferencialmente de lado, utilizando um travesseiro sob a cabeça, cuja altura seja razoavelmente a dos ombros. Outros travesseiros também podem ser utilizados entre as pernas e para apoiar a barriga.

Tarefas domésticas que exigem muito tempo em pé (por exemplo, lavar louça, roupa ou cozinhar): apoiar um dos pés sobre um banco ou um suporte, que o deixe mais alto em relação ao outro pé; os pés devem ser alternados a cada 5 minutos. Pode optar, também, por afastar os pés para criar uma base de equilíbrio maior.

Aspirar/varrer: usar vassouras e rodos com cabos mais longos, para não se curvar durante a limpeza.

Apanhar/ levantar objetos do chão: deve-se ajoelhar para evitar dobrar a coluna para frente.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



O trabalho de parto e o parto são eventos únicos e naturais que ocorrem na vida da mulher/casal, para os quais houve, supostamente, uma preparação física e psicológica, durante meses. O trabalho de parto envolve todo um processo, através do qual o organismo desenvolve mecanismos de expulsão do feto.

A maioria das grávidas entra em trabalho de parto de forma espontânea por volta das 40 semanas de gestação. Mas, a verdade é que a partir das 37 semanas de gestação o bebé pode nascer, pois tem todos os seus órgãos desenvolvidos.

O parto por via vaginal é a melhor solução para a mãe e o bebé, exceto nos casos em que haja algum tipo de contraindicação.

A qualquer momento do evoluir do trabalho de parto poderão surgir complicações que obriguem ao recurso à cesariana.

É difícil de calcular a duração do trabalho de parto. Pode estender-se por várias horas, estando dependente de vários fatores.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



Sinais de Falso Trabalho de parto...

É fundamental conhecer que sinais e sintomas pode apresentar para ir para a maternidade no momento certo.

Os sintomas seguintes são importantes e devem ser valorizados, mas **não são motivo para se deslocar ao serviço de urgência, se acontecerem de forma isolada:**

- **Contrações de Braxton-Hicks**, também conhecidas por contrações de treino. São contrações em que a mulher sente a barriga rija, mas sem sensação dolorosa. Pode, sim, sentir um desconforto. Este tipo de contrações acontece normalmente no 3.º trimestre da gravidez, mas por vezes acontecem mais precocemente;
- **Saída do rolhão mucoso**, indica que o início do trabalho de parto está para breve (podem ser horas ou dias);
- **Contrações dolorosas irregulares** que diminuem ou desaparecem em repouso. É essencial aumentar a ingestão de água, promover um ambiente calmo e colocar-se numa posição confortável;
- **Perda de sangue vaginal em escassa quantidade** (por exemplo, após consulta médica em que foi realizado toque vaginal ou após relações sexuais). Esta perda de sangue é normalmente detetada quando vai à casa de banho.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



Mecanismos de Trabalho de parto...

Para o bebé nascer, o corpo da mulher desenvolve um conjunto de **mecanismos para promoverem a expulsão do feto** para o meio exterior. Esta avaliação faz-se através da monitorização contínua por Cardiotocografia - C TG - e através dos toques vaginais.

- As **contrações uterinas** são fundamentais na evolução do trabalho de parto. A existência de contractilidade uterina regular e eficaz traduz-se na progressiva dilatação e extinção do colo do útero, bem como na contínua “descida” do bebé, através do canal de parto, até ao nascimento. As contrações surgem de forma progressiva, quer em termos

de intensidade como de frequência.



- A **anatomia da bacia óssea** da mãe é também valorizada na evolução do trabalho de parto. Com a evolução do trabalho de parto, vai-se perceber se a cabeça do bebé consegue adaptar-se à bacia/canal de parto por onde tem que passar.



- As **caraterísticas anatómicas do feto** (tamanho da cabeça, tamanho do corpo), bem como a posição que o feto adota na descida pelo canal de parto são também fatores preponderantes na evolução do trabalho de parto.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



Etapas do Trabalho de parto...

O trabalho de parto é constituído por quatro etapas:

- **1.ª Etapa (Fase de dilatação):** período que corresponde à dilatação do colo do útero e descida do feto pelo canal de parto;
- **2.ª Etapa (Fase de expulsão):** corresponde ao nascimento do bebé;
- **3.ª Etapa (Fase de dequitação):** corresponde ao período em que há a saída da placenta;
- **4.ª Etapa (Fase de puerpério imediato):** corresponde às 2h após o parto. Durante este período a mulher e o seu bebé permanecem numa sala específica (recobro) para uma vigilância mais frequente.

Duração do Trabalho de parto...

A duração do trabalho de parto depende de diversos fatores. Mas normalmente, quando se é mãe pela primeira vez, a duração do trabalho de parto pode ir até 48 / 72h. Quando é um segundo parto ou seguintes, a duração do trabalho de parto normalmente é menor.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



Tipos de parto...

• PARTO EUTÓCICO:

Parto que ocorre por via vaginal, sem recurso a qualquer tipo de instrumentos de apoio ao nascimento.

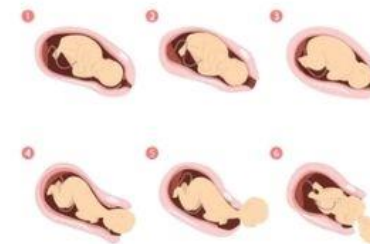


Imagem 1: Evolução do trabalho de parto.

Fonte: <https://www.biologianet.com/embriologia-reproducao-humana/parto.htm>

Ade aOtergnadnimizeaçñãto gloMbuanisd ipaal ra dmau lhSearúeds eg ráveisdtsab eslaeucdeá vepias,d drõe fso rma a reduzir intervenções médicas desnecessárias. Recomenda, assim, que as equipas médicas e de enfermagem não interfiram e não acerelem o trabalho de parto, **exceto se existirem riscos reais de complicações.**

NOTA: É importante que a mulher/casal, esteja ciente, que existe sempre a possibilidade de avançar para um parto distócico. O bem-estar da mãe e da bebé é a prioridade máxima dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde que acompanham toda a evolução do trabalho de parto e parto.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



• PARTO DISTÓCICO:

É o parto que ocorre com o recurso a pelo menos um instrumento cirúrgico. Existem 3 tipos de partos distócicos:

1. **Parto por ventosa:** parto por via vaginal. Consiste na aplicação de um sistema de vácuo, por pressão negativa, que faz flexão e tração na apresentação cefálica.



2. **Parto por forceps:** parto por via vaginal. É um dispositivo metálico semelhante a umas colheres, que se aplica sobre ambos os lados da cabeça do bebé, e que permite, mediante suaves manobras, ajudar a saída do bebé.



3. **Cesariana:** procedimento cirúrgico onde é efetuado um corte na zona do abdómen da mulher, com o objetivo de retirar o bebé.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



Quando devo ir para a Maternidade?

A grávida deverá deslocar-se ao Serviço de Urgência, quando apresenta os seguintes **sinais de verdadeiro trabalho de parto**:

- **Rotura de bolsa amniótica:** consiste na saída de líquido amniótico, por via vaginal, pois a bolsa/membranas que envolvem o feto apresentou uma rotura. A grávida pode sentir a saída de líquido de uma forma repentina e em grande quantidade, ou pode sentir a saída do líquido de uma forma muito lenta e em pequena quantidade.
- **Hemorragia vaginal:** perda de sangue, vermelho vivo, por via vaginal, em média quantidade, que pode ser acompanhada por dor abdominal. Por vezes, após as relações sexuais ou após observação em consulta (exame vaginal) é possível existir perda de sangue acastanho, deve ser valorizado mas, por si só, não se justifica uma ida ao Serviço de Urgência.
- **Ausência ou diminuição da perceção dos movimentos fetais:** se não sentir o bebé mexer ou os movimentos do bebé nas últimas 12h forem diminuídos (menos de 10 movimentos em 12h) é importante ser observada em contexto hospitalar.
- **Contrações regulares e dolorosas de 10 em 10 minutos,** que não cedem com o repouso: quando sentir contrações regulares e dolorosas, com intervalos de dez minutos, durante pelo menos meia hora, deve dirigir-se à maternidade.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



Quem vai comigo para a Maternidade?

A Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro - Diário da República

"É reconhecido à mulher grávida o direito ao acompanhamento na assistência na gravidez, por qualquer pessoa por si escolhida, podendo prescindir desse direito a qualquer momento, incluindo durante o trabalho de parto."

**É SEMPRE A MULHER QUE DECIDE COM QUE PESSOA
LHE FAZ SENTIDO PARTILHAR ESTE MOMENTO.**

A pessoa que acompanha a grávida deverá:

- estar focada em **promover o bem-estar da grávida** (equilíbrio emocional e físico), participando ativamente durante todo este processo;
- desenvolver uma **ligação/conexão de intimidade maior** com a grávida e também com o bebé;
- **apoiar a grávida** para que esta consiga suportar e lidar melhor com todos os fatores que provocam sensação de ansiedade e stress;
- promover na grávida a **sensação de conforto, confiança e segurança** e, consequentemente, o relaxamento emocional e físico.

Caso a pessoa que esteja a acompanhar a grávida durante este momento seja o outro elemento do casal, permite que este desenvolva a sua identidade paternal/maternal de forma mais precoce possível!

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



Plano de parto

O plano de parto não é mais do que um documento escrito pela grávida e acompanhante, no qual expressam os seus desejos, expectativas e receios durante todo o desenvolvimento do trabalho de parto, parto e puerpério.

Este documento deverá ser desenvolvido gradualmente desde as 12 semanas até às 32 semanas de gestação. É recomendável que o desenvolvimento deste documento seja **orientado por um profissional de saúde**.

Quando a mulher/casal decidem qual a maternidade onde gostariam que o seu bebé nascesse, seria desejável que percebessem que recursos essa maternidade tem ao seu dispor, para dar resposta às escolhas durante este momento tão especial.

Assim que o respetivo Plano de Parto esteja concluído, este deverá ser enviado para a maternidade escolhida, para que este seja aprovado pelo Conselho Hospitalar.

Este Plano deverá acompanhar a mulher/casal durante todo o internamento.

Importante: o trabalho de parto, parto e puerpério são fases muito importantes na vida da mulher /casal, mas é importante que mulher /casal estejam cientes que são fases dinâmicas e que por vezes o desenvolvimento poderá não ser exatamente como o desejável.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



Hormonas

Desde o início da gravidez que existe um conjunto de alterações hormonais no organismo da mulher. Estas alterações estão diretamente relacionadas com a evolução da gravidez.

Durante o trabalho de parto e parto o papel das hormonas é também fundamental. A diminuição e o aumento das hormonas durante o trabalho de parto produz um conjunto de reações químicas, que levam ao desenvolvimento de mecanismos de expulsão do bebé e, consequentemente, ao seu nascimento.

São diversas as hormonas fundamentais nesta fase:

ADRENALINA E NORADRENALINA: Durante a fase de dilatação, o aumento destas hormonas inibem a progressão do parto, que pode ser devido a medo, frio, mau-humor, vergonha ou preocupação excessiva. Porém, na fase expulsiva, nas últimas contrações antes da expulsão do recém-nascido, os níveis elevam-se, permitindo a mãe estar alerta para receber o seu bebé.

PROLACTINA: Hormona que prepara as glândulas mamárias para a futura produção de leite. Aumenta a partir do segundo trimestre de gravidez, atingindo o seu máximo no final da gravidez. Promove o estado de euforia e o ingurgitamento mamário. Após o parto, é a responsável por manter a produção de leite materno durante a amamentação.

ESTROGÉNIO: Aumenta no 1º trimestre da gravidez, favorecendo o crescimento dos órgãos genitais (útero, mamas) e aumentam e vascularização). Pode provocar enjoos e alterações de humor.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



Hormonas

RELAXINA: aumenta gradualmente ao longo da gravidez, contribui para o relaxamento das articulações e ligamentos pélvicos para ajudar na passagem do bebé.

OCITOCINA: aumenta na fase do trabalho de parto, parto e pós-parto. É responsável pelas contrações uterinas, progressão do bebé pelo canal de parto e a sua expulsão. Durante esta fase a ocitocina reduz a sensação de medo e promove a calma. Contribui para o vínculo entre mãe e bebé e para a saída de colostro/ leite após o parto, para promover o aleitamento materno.

PROGESTERONA: diminui na fase de trabalho de parto e parto, permitindo assim a eficácia da ação da ocitocina. Responsável por manter o bebé seguro durante a gravidez. **ESTRIOL:** promove a

diminuição da síntese de progesterona, prepara os músculos do útero para o parto e aumenta a sensibilidade do útero à ocitocina. **PROSTAGLANDINAS:** não são

hormonas, mas comportam-se como se fossem, tendo um papel fundamental no amolecimento do colo do uterino para o trabalho de parto se iniciar. **BETA-ENDORFINAS:**

são consideradas analgésicos naturais que contribuem tanto no alívio da dor, como na alteração do estado de consciência da mulher durante o trabalho de parto. Estas hormonas promovem a sensação de prazer e ajudam nas respostas adaptativa ao stress, tanto da mãe como do bebé.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



Indução do Trabalho de Parto

Por vezes, o organismo da grávida não desenvolve, de forma espontânea, um conjunto de mecanismos que leve o próprio organismo a entrar em trabalho de parto até às 40- 42 semanas de gestação.

Nestas situações, torna-se necessário induzir o trabalho de parto, através da realização de determinados procedimentos e/ou administração de medicação para que o organismo desenvolva contrações uterinas.

DESCOLAMENTO DE MEMBRANAS Método eficaz que promove a libertação de prostaglandinas e, assim, a dilatação e apagamento do colo do útero. Realizado através do toque vaginal, que possibilita o descolamento da bolsa que está em contato com o colo.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO

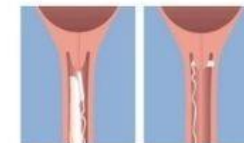


Indução do Trabalho de Parto

INDUÇÃO COM BALÃO DE FOLEY: Balão insuflável presente na ponta de um tubo de borracha fino, que se coloca no colo uterino através da vagina e que, após insuflação, vai dilatando mecanicamente o colo. A maturação do colo é mais lenta, mas geralmente com menos contrações. Se o balão cair espontaneamente, ou caso exista perda de líquido transparente, sangue pela vagina, dor/desconforto abdominal intenso ou contrações uterinas dolorosas, deve dirigir-se a uma unidade hospitalar.



INDUÇÃO COM "FITA" VAGINAL (DINOPROSTONA): Introdução de uma fita vaginal que liberta a medicação lentamente. Pode demorar de 12 a 24 horas, sendo a fita retirada após 24 horas. Pode causar contrações uterinas e, assim, desencadear o trabalho de parto.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



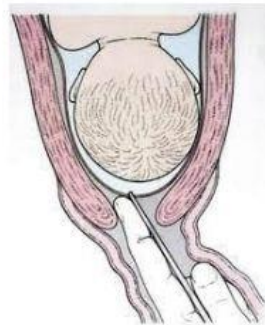
Indução do Trabalho de Parto

INDUÇÃO COM COMPRIMIDOS VAGINAIS OU ORAIS: Comprimidos administrados por via oral (deixar derreter na boca como se fosse um rebuçado) ou por via vaginal (inserido no colo uterino). É administrado normalmente a cada 4h, até ao máximo de 5 vezes por dia e, geralmente, condicionam mais contrações, pelo que são administrados no Bloco de Partos com CTG contínuo.

INDUÇÃO COM OCITOCINA: É uma hormona sintética administrada por via endovenosa pelo cateter periférico, diluída no Soro Fisiológico. Tem como finalidade provocar contrações uterinas.

ROTURA ARTIFICIAL DE BOLSA AMNIÓTICA:

A amniotomia é a rotura artificial da bolsa amniótica para induzir o trabalho de parto.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



Desconforto Durante o Trabalho de Parto

O parto desencadeia naturalmente dor, devido às contrações uterinas e à dilatação do canal de parto, essenciais para o desenvolvimento do trabalho de parto, mas que estimulam as raízes nervosas locais e provocam a dor sentida pela mulher. Segundo a Direção-Geral de Saúde, a dor ou desconforto no trabalho de parto varia de mulher para mulher, resultando de estímulos fisiológicos, psicológicos e socioculturais, tornando-se assim uma experiência única. É uma resposta psíquica que se reflete nas ações físicas, e é influenciada por diversos fatores.

As dores do trabalho de parto diminuem gradualmente e, ao fim de 5 a 10 minutos, mantém-se a sensação da contração uterina, mas torna-se tolerável.

Para o alívio da dor/desconforto, existem medidas:

FARMACOLÓGICAS:

Analgesia regional
Analgesia inalatória
Analgesia endovenosa

NÃO FARMACOLÓGICAS:

Deambulação
Bola de Pilatos
Hidroterapia
Musicoterapia
Cromoterapia
Aromoterapia
Reflexologia
Massagem
Tens
Apuncuntura
Hipnoterapia

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



Desconforto Durante o Trabalho de Parto

Estratégias não farmacológicas:

DEAMBULAÇÃO

Permite a mudança de posição, o que diminui o desconforto das contrações.



BOLA DE NASCIMENTO (BOLA DE PILATES)

Possibilita a liberdade de movimentos e a posição vertical, diminuindo a dor e tornando as contrações mais regulares e eficazes.

HIDROTERAPIA

Recurso a água para promover o relaxamento muscular e, assim, a diminuição da dor.



MUSICOTERAPIA

Ouvir música que seja do agrado da mulher, e que a acalme, proporciona o alívio do stress, sensação de bem-estar e conforto.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



Desconforto Durante o Trabalho de Parto

Estratégias não farmacológicas:

CROMOTERAPIA

Recurso a ondas emitidas pelas cores, que melhora o equilíbrio entre o corpo e mente e promove uma sensação de bem-estar. Cada cor tem um estímulo, por isso, é importante que sejam cores do agrado da mulher e adequado ao estágio do trabalho de parto.



AROMATERAPIA

Utilização de óleos essenciais, através da sua evaporação, que, segundo o gosto da mulher e com o estágio do trabalho de parto, podem provocar relaxamento e tranquilidade, ou estado de alerta com contratividade regular.

REFLEXOLOGIA

Massagem em determinadas zonas dos pés que facilita a libertação de analgésicos naturais. Sensação de bem-estar, com redução da ansiedade.



MASSAGEM

Principalmente ao nível da região dorsal, lombar e sacra.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



Desconforto Durante o Trabalho de Parto

Estratégias não farmacológicas:

TENS

Estimulação elétrica transcutânea, que utiliza uma corrente elétrica aplicada superficialmente na pele por meio de eletrodos. Tem efeito analgésico, diminuindo assim a dor.



ACUPUNTURA

Estimulação de pontos, mediante agulhas ou pressão exercida, que estão relacionados com um órgão-alvo, como, por exemplo, o útero. Modifica a percepção da dor e estimula a produção de endorfinas, que reduz a dor.

HIPNOTERAPIA

Estado de alteração do estado de consciência, com um foco de atenção, que reduz a percepção do ambiente. Promove sensações de conforto, bem-estar, relaxamento e sensação de segurança.



RESPIRAÇÃO

Promove o desvio da atenção da mulher durante as contrações uterinas, diminuindo a dor.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



Desconforto Durante o Trabalho de Parto

Estratégias farmacológicas:

ANALGESIA REGIONAL

A técnica loco-regional (epidural/ Bloqueio Subaracnoideo/Bloqueio sequencial) é o procedimento mais eficaz para remover ou diminuir a dor provocada pelas contrações uterinas. A mulher conseguirá fazer força para ajudar o bebê a nascer e o procedimento não impede que o trabalho de parto evolua. A grávida pode solicitar esta analgesia a qualquer momento, que é posteriormente avaliada pelo anestesiologista, que decide qual das chamadas técnicas aplicar, tendo em conta o tempo e evolução do trabalho de parto, a opinião do obstetra e as expectativas da grávida. É

efetuada com a mulher sentada ou deitada de lado, sendo administrado anestésico local, mediante uma agulha na região lombar.

A sensibilidade dos membros inferiores e da região inferior do abdômen fica diminuída, podendo sentir dormência ou formiguelo.

Este efeito é temporário e desaparece ao fim de pouco tempo, recuperando totalmente a sensibilidade e a mobilidade.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

2 TRABALHO DE PARTO



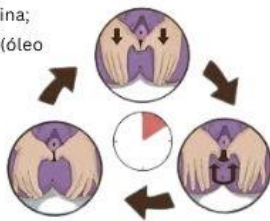
Massagem Perineal

Torna os tecidos mais maleáveis e flexíveis para ser facilitada a passagem do bebê no canal de parto.

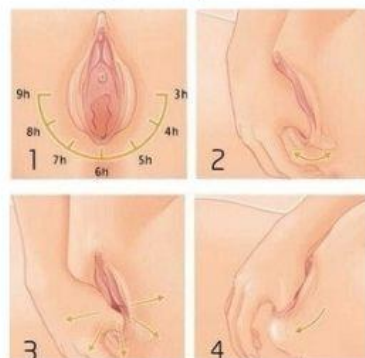
Reduz a probabilidade (até cerca de 15 por cento) de trauma perineal - episiotomia e laceração.

Como fazer?

- Aplicação de uma pressão, com os dedos (indicador e polegar) ao nível dos tecidos da vagina;
- Utilizar um óleo / creme específico (óleo de amêndoas doces, óleo de coco);
- Deve ser incorporada na rotina da mulher grávida;
- Deve-se iniciar pelas 30-34 semanas de gestação;



- Deverá ser realizada 2x/dia, durante 5 minutos, e cada movimento deverá ter uma duração de 8-10 segundos.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

3 EXERCÍCIO NA GRAVIDEZ E TRABALHO DE PARTO



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

3 EXERCÍCIO NA GRAVIDEZ E TRABALHO DE PARTO



Exercícios para Pré e Pós-Parto

Informações Importantes

- O exercício físico deverá ser feito:
 - Após as 12 semanas;
 - Após as 10 semanas, se já for praticante.
- Reduzir a intensidade do exercício (durante a gravidez reduz-se a intensidade);
- No pós-parto será ao contrário, aumenta-se a intensidade;
- Exercícios de:
 - Alongamento: muito importantes;
 - Posturais: por causa das dores;
 - Fortalecimento: também do pavimento pélvico e abdominal.
- Manter a força e resistência e fazer os exercícios de ativação abdominal.
- Contra-indicações:
 - Não pode sentir dor ao fazer exercício;
 - Não pode ter contrações.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

3 EXERCÍCIO NA GRAVIDEZ E TRABALHO DE PARTO



Exercícios para Pré e Pós-Parto

Exercício 1: Sentada na bola, com afastamento dos joelhos, ativar o pavimento pélvico contraindo na expiração. Inspirar pelo nariz e expirar pela boca.



Exercício 2: Sentada na bola, com afastamento dos joelhos, fazer o balanço da pelve para a frente enquanto inspira, e balanço para a frente enquanto expira.



Exercício 3: Sentada na bola, rodar a anca para o lado esquerdo e depois para o lado direito.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

3 EXERCÍCIO NA GRAVIDEZ E TRABALHO DE PARTO



Exercícios para Pré e Pós-Parto

Exercício 4: Sentada na bola, rodar a anca para o lado esquerdo e depois para o lado direito, mas no sentido para dentro.



Exercício 5: Sentada na bola, na expiração contrair o abdômen, o pavimento pélvico e elevar o joelho (90 graus). Depois subir o outro e ir alternando.



Exercício 6: Colocar as mãos fechadas entre os joelhos e, na expiração, fazer força com os joelhos para dentro contra as mãos.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

3 EXERCÍCIO NA GRAVIDEZ E TRABALHO DE PARTO



Exercícios para Pré e Pós-Parto

Exercício 7: Sentada no chão, costas encostadas à bola, na expiração subir a anca e, na inspiração, descer a anca.



Exercício 8: Na posição de pé, colocar a bola atrás dos ombros, encostada a uma parede. Na expiração, descer até um ângulo de 90 graus e, na inspiração, deve subir.



Exercício 9: Na posição de pé, colocar a bola na parede e na expiração empurrar a bola contra a parede, e na inspiração encostar o peito na bola.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

3 EXERCÍCIO NA GRAVIDEZ E TRABALHO DE PARTO



Exercícios para Pré e Pós-Parto

Exercício 10: Na posição de sentado, na expiração rodar o ombro e o tronco para o lado esquerdo e depois para o lado direito. Na inspiração retomar a posição inicial.



Exercício 11: Na posição de 4 apoios, na expiração fazer força com a região sagrada e glúteos contra a bola, de seguida levar uma mão ao ombro e depois fazer o mesmo com o outro braço.



Exercício 12: Na posição de braços apoiado, na bola dobrar a perna direita num ângulo de 90 graus e esticar a perna direita com o joelho a tocar no chão. Sentir um ligeiro "puxar" da zona inguinal (virilha).



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

3 EXERCÍCIO NA GRAVIDEZ E TRABALHO DE PARTO



Exercícios para Pré e Pós-Parto

Exercício 13: Na posição de 4 apoios, com a barriga entre os joelhos, rodar para a esquerda e ficar um pouco nessa posição.



Exercício 14: Na posição de pé, na inspiração esticar para cima os braços e na expiração dobrar os braços e pernas até 90 graus (máximo).



Exercício 15: Na posição de 4 apoios, na inspiração mover o corpo no sentido da seta e na expiração enrolar para dentro, elevando o tronco "tipo Caracol".



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

3 EXERCÍCIO NA GRAVIDEZ E TRABALHO DE PARTO



Exercícios para Pré e Pós-Parto

Exercício 16: Na posição de 4 apoios, na expiração retirar os dois joelhos do chão e ficar de "bicos de pé". Na inspiração descer os joelhos.



Exercício 17: Na posição de 4 apoios, com a barriga entre as pernas, ir esticando-se para ficar na posição de glúteos para cima e depois fazer o inverso e descer.



Exercício 18: Na posição de 4 apoios com um "tijolo" ou rolo, na expiração retirar o joelho direito do chão e ficar dois segundos, depois na inspiração descer e trocar de perna.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

3 EXERCÍCIO NA GRAVIDEZ E TRABALHO DE PARTO



Exercícios para Pré e Pós-Parto

Exercício 19: Na posição de 4 apoios, esticar os braços e bacia para trás. A seguir, colocar um braço no "tijolo" ou rolo, o outro braço e tronco rodam para cima. Na expiração subir e na inspiração descer.



Exercício 20: Na posição de sentada, colocar os cotovelos entre as pernas e fazer força para fora com os cotovelos. De seguida, colocar uma mão atrás das costas no chão e o braço contrário sobe na inspiração e desce na expiração. Trocar de braço.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

3 EXERCÍCIO NA GRAVIDEZ E TRABALHO DE PARTO



Exercícios para Pré e Pós-Parto

Exercício 21: Na posição de sentada no "tijolo", colocar as mãos nos tornozelos e rodar os ombros para fora e para dentro.



Exercício 22: Na posição de sentada, na inspiração abrir os braços esticando-os para trás. Na expiração juntar as mãos e cabeça à frente.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



A **adaptação à vida extrauterina é um período crítico** na vida do recém-nascido, pois o bebé precisa de se ajustar às alterações fisiológicas e comportamentais, com início logo após o parto.

Estas adaptações envolvem:

- O estabelecimento e manutenção da respiração;
- A transição da circulação fetal para a circulação neonatal;
- A regulação da temperatura;
- A ingestão, retenção e digestão de nutrientes, garantida através do início da amamentação;
- A eliminação;
- O controlo do peso.

Quando o bebé nasce, a Equipa de Saúde que o assiste:

1. Regista a hora de nascimento e o sexo;
2. Aciona o relógio de *Apgar* e inicia a avaliação da estabilidade e adaptação ao meio extrauterino ao 1º, 5º e 10º minuto;
3. Realiza a secagem rápida da pele, fazendo estimulação tátil;
4. Mantém o recém-nascido seco e aquecido, envolvido num lençol quente;
5. Pesa o bebé e coloca a fralda;
6. Coloca a pulseira de identificação e antirrapto.

Se o recém-nascido não apresentar complicações ou sinais de má adaptação à vida extrauterina, a avaliação física, incluindo a avaliação do comprimento e perímetro cefálico, poderá ser adiada até que os pais tenham tido a oportunidade de interagir com o recém-nascido.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Cuidados Imediatos ao Recém-Nascido

Os procedimentos de rotina, como a injeção de vitamina K para profilaxia de doença hemorrágica e a aplicação de colírio ou pomada oftálmica para prevenção de infeção ocular, também poderão ser realizados após o contacto pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido, e o início precoce da amamentação.

Faz parte dos cuidados ao recém-nascido a administração da vacina contra a Hepatite B antes da saída da Maternidade.

Está recomendado o início da amamentação nos primeiros 30 minutos de vida em todos os recém-nascidos, incluindo os de baixo peso ao nascer, desde que clinicamente estáveis e que a mãe o deseje.

Desde 2018 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera como boas práticas para uma experiência de parto mais positiva:

- A aspiração da boca e/ou nariz apenas nos recém-nascidos sem respiração espontânea;
- O corte tardio do cordão umbilical (1-3 minutos após o parto), exceto nos casos em que o recém-nascido se encontra em asfixia;
- O contacto pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido na primeira hora após o nascimento, desde que clinicamente estável.

NOTA: O envolvimento do recém-nascido em lençol aquecido e o contacto pele-a-pele têm-se revelado medidas eficazes na prevenção da hipotermia.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Contato Pele-a-pele: Método Canguru

O contato pele-a-pele (CPP) do recém-nascido com a mãe/pai, também chamado “Método Canguru” é uma técnica que promove o vínculo afetivo entre estes, fortalecendo os laços de amor e carinho. Proporciona, simultaneamente, estabilidade térmica ao recém-nascido e promove o seu desenvolvimento..

O CPP consiste em colocar o recém-nascido, despido, seco, com um gorro e coberto por um pano aquecido, de barriga para baixo, sobre o tórax ou barriga da mãe “barriga com barriga, pele com pele”. Este contacto deve durar pelo menos 1 hora.

Para ser possível o CPP com o recém-nascido, é necessário que a mãe o deseje e tenha vontade de o praticar, devendo a sua decisão ser informada e esclarecida. Além disso, é necessário existirem condições maternas e neonatais para promover a sua prática segura.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Contato Pele-a-pele (CPP)

Benefícios para o Recém-Nascido:

- Promove a vinculação precoce entre pais e bebé; Possibilita ao
- bebé explorar e reconhecer o corpo da mãe; Contribui para a
- estabilização da temperatura corporal, da frequência cardíaca e respiratória, diminuição do choro, do ‘stress’ e da dor; Favorece o início precoce da amamentação, pois em contacto com a pele da mãe, o bebé “ativa” o reflexo de busca, abrindo a boca e movimentando a cabeça em busca do mamilo; Favorece a adaptação saudável à vida extrauterina.
-

Benefícios para a Mãe:

- Promove a vinculação precoce entre mãe e bebé – tocar, cheirar e sentir o seu bebé permite acalmar a mãe e confirmar que está tudo bem, reduzindo a ansiedade causada por dúvidas e receios que vão surgindo durante a gravidez; Promove o aumento de
- felicidade e autoconfiança dos pais e do bebé, favorecendo a transição para a parentalidade; Reduz a possibilidade de
- depressão pós-parto.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Contacto Pele-a-pele (CPP)

Para a prática de um CPP seguro no pós-parto, o acompanhante deve estar atento ao recém-nascido:

- A pele do recém-nascido deve estar rosada;
- Os lábios e a língua não devem estar pálidos nem arroxeados;
- O nariz e a boca têm de estar sempre visíveis e não podem estar obstruídos;
- O recém-nascido deve respirar sem esforço;
- O choro deve ser vigoroso;
- O recém-nascido deve mostrar interesse pela mama.
- Deve evitar distrações, como o uso de dispositivos eletrónicos e smartphones, durante o CPP e a amamentação.

Garanta o correto posicionamento do recém-nascido:

- O recém-nascido tem de estar de barriga para baixo sobre o tórax ou a barriga da mãe;
- Os ombros e o tórax direitos contra o tórax da mãe;
- A cabeça em rotação para um lado;
- O pescoço em posição neutra, não inclinado;
- As pernas em flexão;
- O recém-nascido deve estar com um gorro colocado e as costas cobertas com um lençol aquecido;
- A mãe tem de estar acordada, motivada e com o tronco ligeiramente elevado.

Se a mãe se encontrar cansada ou sonolenta, o pai pode fazer CPP com o seu bebé, se for da sua vontade.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Caraterísticas do Recém-Nascido (RN)

O bebé, quando nasce, apresenta um conjunto de alterações fisiológicas que, quando desconhecidas dos pais, podem provocar muitas preocupações. Aqui iremos abordar algumas das alterações fisiológicas transitórias mais comuns do recém-nascido.

- PELE DO RECÉM-NASCIDO -

A pele do recém-nascido é sensível, suave, macia e rosada, embora a coloração dependa da origem familiar e etnia.

Por volta do 3º dia a pele adquire uma tonalidade mais natural e pode ter um aspeto seco e descamativo, sobretudo nas pregas dos punhos e tornozelos.



Ao nascer a pele pode estar coberta pelo **vernix caseoso**, uma substância de cor amarelada, cremosa, que se reabsorve nas primeiras 24h de vida.

O corpo do recém-nascido pode apresentar lanugo, um pelo fino, que pode estar presente a nível dorsal, na face e orelhas. Este pelo acaba por desaparecer ao longo das primeiras semanas ou meses de vida.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Caraterísticas do Recém-Nascido (RN)

Alterações da Pele Comuns e Transitórias



Millium sebáceo São pápulas brancas puntiformes únicas ou múltiplas, que se podem localizar na face e nariz. Desaparecem nos primeiros meses de vida sem necessitar de tratamento.



Miliária Caracteriza-se pela presença de um rash vesiculo-papular de pequena dimensão, localizado sobretudo no rosto, pescoço, couro cabeludo e pregas cutâneas.



Eritema tóxico São manchas achatadas, cor-de-rosa pálido, dispersas por todo o corpo, em particular na face, tronco e membros superiores. Surge nas primeiras 24h após o nascimento e pode manter-se até duas semanas.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Caraterísticas do Recém-Nascido (RN)

Alterações da Pele Comuns e Transitórias



Mancha mongólica Caracteriza-se por uma pigmentação azul acinzentada da região sacrolombar. Normalmente desaparece no 1º ano de vida.



Icterícia Neonatal Caracteriza-se como a coloração amarela da pele e escleróticas (parte branca do olho). Surge normalmente 24h após o nascimento e tende a desaparecer, sem tratamento, em cerca de 1 semana.



Acrocianose transitória Coloração arroxeada dos dedos dos pés, mãos e boca, que pode estar presente nas primeiras 24h após o nascimento.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Caraterísticas do Recém-Nascido (RN)

- OLHOS DO RECÉM-NASCIDO -

O RN tende a manter os olhos fechados e é comum a presença de edema palpebral nos 2 primeiros dias após o nascimento.



Estrabismo fisiológico Acontece com alguma frequência o bebé apresentar os olhos tortos. Esta situação pode ser normal até aos 6-12 meses de vida. Se o estrabismo for fixo ou existir depois dos 6 meses, o bebé deve ser observado por médico oftalmologista.

- HIPERTROFIA MAMÁRIA -



Acrocianose transitória Nos recém-nascidos de ambos os sexos pode ser observado um inchaço das glândulas mamárias, com secreção de leite. Esta situação ocorre 2 a 3 dias após o nascimento e regride na primeira ou segunda semana de vida. Não deve espremer pois pode infetar e necessitar de tratamento médico.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Caraterísticas do Recém-Nascido (RN)

- ÓRGÃOS GENITAIS -

Genitais Masculinos



É comum observar-se um prepúcio apertado aderente à glândula, firme e não retrátil - fimose fisiológica. Geralmente, esta situação evolui para uma resolução espontânea. Pode estar presente até aos 3-4 anos de idade. Não se deve forçar a retração do prepúcio pois pode provocar infeção do local.

Genitais Femininos



Normalmente os grandes e pequenos lábios são proeminentes e o clítoris está edemaciado (inchado), observando-se uma secreção vaginal fisiológica ou mesmo sangramento na primeira semana.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Caraterísticas do Recém-Nascido (RN)

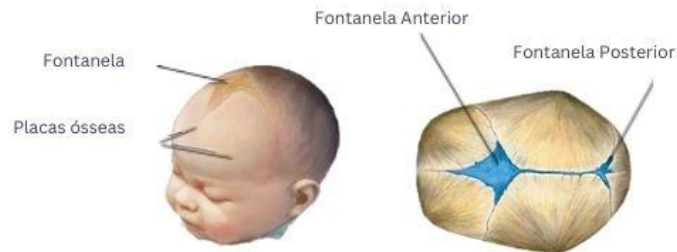
- CABEÇA -



A cabeça do bebé é moldável, composta por zonas moles (sem osso) chamadas de fontanelas.

Quando nasce o formato da cabeça pode ser assimétrico, afoprrmesae ntaalonndgoa da, posieáu ltaentera eladaptação ao canal de parto. A recuperação do contorno e do tamanho normal da cabeça ocorre habitualmente 2 a 3 dias após o parto.

Fontanelas (moleirinha)



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Caraterísticas do Recém-Nascido (RN)

- CABEÇA -

Fontanelas (moleirinha)

Existem 2 fontanelas:

- Fontanela anterior - localizada na parte da frente da cabeça, de maior dimensão, encerra entre os 12 e 18 meses de vida do bebé;
- Fontanela posterior - localizada na parte de trás da cabeça, de menor dimensão, encerra normalmente entre as 6 e as 12 semanas, contudo, pode estar já encerrada aquando do nascimento.

Lesões

As lesões mais comuns à nascença são:

- Caput Succedaneum (bossa serossanguínea) - caracteriza-se por um edema (inchaço) depressível do couro cabeludo. Normalmente está presente logo após o nascimento e desaparece em cerca de 48 horas;
- Céfalo-hematoma - é uma hemorragia que resulta da rotura de vasos sanguíneos por traumatismo da cabeça do recém-nascido durante o trabalho de parto. Habitualmente é reabsorvido entre a segunda semana e o terceiro mês de vida, sem necessidade de tratamento.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

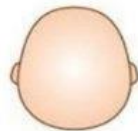
4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



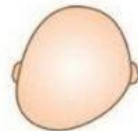
Caraterísticas do Recém-Nascido (RN)

- CABEÇA -

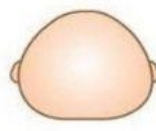
Um crânio moldável, em crescimento rápido, é mais suscetível a deformar, uma vez que está sujeito a pressões externas prolongadas, resultante da posição de dormir de barriga para cima para prevenção do síndrome de morte súbita do lactente e a permanência em cadeiras de transporte e espreguiçadeiras.



Normal



Plagiocefalia



Braquicefalia

Estratégias para prevenir as deformidades posicionais do crânio

Estratégia 1:



Alterne a rotação da cabeça quando o colocar a dormir, alternando diariamente a orientação do bebé na cama - lembre-se que o bebé tem tendência para virar a cabeça para o lado em que os pais se encontram a dormir.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Caraterísticas do Recém-Nascido (RN)

- CABEÇA -

Estratégias para prevenir as deformidades posicionais do crânio

Estratégia 2:



- Quando o seu bebé estiver acordado, não o deixe sempre na mesma posição para não deformar a cabeça;
- Reduza o tempo nas cadeiras de transporte e noutros dispositivos restritivos;
- Promova ambientes que permitam o movimento espontâneo;
- Pratique o método canguru.

Estratégia 3:



Brinque com o seu bebé de barriga para baixo todos os dias durante 30 minutos, garantindo um controlo da cabeça seguro e sempre sob vigilância.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Morte súbita no lactente

A Síndrome de Morte Súbita do Lactente é definida como a morte repentina e sem explicação de um bebé, a partir do 1º mês e durante o seu 1º ano de vida, sendo uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos.

Como pode reduzir o risco de Morte Súbita?

A Sociedade Portuguesa de Pediatria recomenda que sejam seguidas as seguintes recomendações durante o sono do bebé:



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Morte súbita no lactente

- O berço não deve estar danificado; O colchão
- deve ser firme e limpo, deve estar na posição horizontal e bem adaptado ao berço; Não vista o bebé com demasiada roupa e mantenha a temperatura do quarto entre 18 e 21°C (não deixe que o seu bebé fique muito quente enquanto dorme); Prefira lençol e cobertor, evitando o uso de édredons.

- O bebé deve dormir no quarto dos pais até aos 6 meses, mas nunca na cama dos pais;
- O berço é o local mais seguro para o bebé dormir;
- O sofá, a espreguiçadeira e o carrinho de bebé não devem substituir o berço.

- A amamentação e o uso de chupeta para dormir (após a amamentação) reduzem o risco de morte súbita.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Banho e Cuidados de Higiene

- Como já foi referido, após o nascimento a pele do recém-nascido encontra-se coberta pelo vernix caseosa, cuja remoção imediata não é aconselhável, dadas as suas propriedades antibacterianas que contribuem para a proteção do recém-nascido.
- Diversos estudos indicam que o primeiro banho do recém-nascido deve ser adiado pelo menos 12h após o nascimento, de preferência 24h, e apenas quando houver estabilização dos parâmetros fisiológicos.
- Deve ser um banho de imersão, quando exequível, uma vez que provoca menos perda de calor. A temperatura ideal é de 37°C e deve ter uma duração inferior a 5 minutos.
- O banho deve ser diário ou em dias alternados. Para além de hidratar a pele pode ter um efeito calmante, podendo ser dado em qualquer altura do dia, exceto a seguir às refeições, pois o manuseamento excessivo pode fazer com que o recém-nascido bolce.
- A hora do banho vai depender da reação do bebé. Se, após o banho, o bebé ficar mais relaxado, deve optar por dar o banho ao final do dia ou início da noite. Se, pelo contrário, o banho for estimulante, deve optar por dar banho de manhã ou ao início da tarde.
- É importante manter o recém-nascido sempre em segurança enquanto se prepara o material e se executa o banho.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Banho e Cuidados de Higiene

O que vai precisar?

- Banheira;
- Água morna para o banho (37°C-37,5°C);
- Gel/Óleo de banho;
- Toalhetes secos;
- Toalha de banho;
- Compressas limpas;
- Compressas esterilizadas;
- Soro Fisiológico;
- Creme hidratante;
- Creme barreira (se necessário);
- Fralda;
- Roupas do Recém-Nascido;
- Pente/escova;
- Saco para sujos.



Os produtos de limpeza utilizados no banho do bebé devem ser líquidos, suaves, sem sabão, sem perfume ou conservantes, com pH neutro (pH = +/-7) e não devem irritar a pele ou os olhos.

Utilize um gel de banho da mesma marca dos cremes corporais e caso exista algum tipo de reação cutânea (alergia), deve abandonar a marca que esteve na origem da mesma.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Banho e Cuidados de Higiene

Banho - Passo a Passo

1. Junte o material e vestuário necessário;
2. Desaperte toda a roupa e coloque-a por ordem de vestir;
3. Garanta que a roupa não tem etiquetas que agridam a pele do bebé;
4. Coloque a temperatura ambiente aproximadamente nos 24°C, sem correntes de ar;
5. Execute a lavagem das mãos antes e após o banho;
6. Prepare a água para o banho: coloque 1º a água fria e só depois a água quente, de modo a manter a temperatura da água aproximadamente nos 37°C-37,5°C;
7. Coloque cerca de 1 palmo de altura de água na banheira e misture a água;
8. Verifique a temperatura da água com termómetro de água e/ou com o cotovelo ou a face interna do punho;
9. Dispa o recém-nascido próximo da banheira, cobrindo o tórax com uma toalha;
10. Verifique se a fralda se encontra suja e realize a higiene do local se necessário;



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Banho e Cuidados de Higiene

Banho - Passo a Passo

11. Inicie o banho, colocando o recém-nascido progressivamente na banheira e começando a lavagem na cara, seguindo para o couro cabeludo, pescoço, tronco, braços, genitais e pernas;
12. Rode o bebé de barriga para baixo, apoiado no seu braço e, finalmente, lave as costas e as nádegas;
13. Seque o bebé: seque bem a cabeça com movimentos suaves e circulares (não friccionar), as pregas cutâneas e restantes partes do corpo;
14. Coloque a fralda abaixo do local de inserção do coto umbilical;
15. Vista o tronco;
16. Execute a limpeza do coto umbilical;
17. Vista a restante roupa ao recém-nascido;
18. Limpe os pavilhões auriculares.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Banho e Cuidados de Higiene

Higiene dos olhos

- Limpe os olhos do bebé com compressas esterilizadas e Soro Fisiológico; Utilize uma compressa esterilizada e individualizada para cada olho; Limpe as secreções oculares num movimento único, do canto interno do olho para o canto externo e de cima para baixo; Faça uma massagem no canto interno com o seu dedo para evitar que as secreções oculares se acumulem no ducto nasolacrimal; A limpeza dos olhos deve ser feita, pelo menos, nas primeiras 3 semanas de vida com compressas esterilizadas e Soro Fisiológico para evitar conjuntivites.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Banho e Cuidados de Higiene

Higiene do nariz

- O recém-nascido respira exclusivamente pelo nariz até aos 6 meses de vida, pelo que é muito importante manter a permeabilidade das narinas. A lavagem do nariz com soro fisiológico é, por isso, fundamental após o banho e sempre que o bebé estiver constipado e apresentar secreções nasais.



- Quando o bebé estiver constipado pode ser necessário recorrer ao uso de um aspirador nasal para bebés, que pode comprar numa farmácia ou para-farmácia. **Atenção:** O frasco de soro fisiológico que utiliza na higiene nasal não deverá ser usado na higiene ocular!



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Banho e Cuidados de Higiene

Couro Cabeludo

- Penteie o recém-nascido com um pente fino, para ajudar na prevenção da descamação do couro cabeludo (crosta láctea);
- Penteie primeiramente no sentido contrário ao couro cabeludo e depois no sentido de crescimento do cabelo.



Quando aparece crosta láctea pode aplicar um emoliente (exº: óleo de amêndoas doces) antes do banho e massajar suavemente.

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Banho e Cuidados de Higiene

Limpeza do coto umbilical

- Geralmente, o coto umbilical cai entre o 8º e o 10º dia, sendo normal encontrar pequenas quantidades de sangue na fralda, durante a sua mumificação e 2 ou 3 dias após a sua queda.
- Caso se suje, deve ser limpo apenas com água potável. Manter
- o coto umbilical **limpo e seco** tem a mesma eficácia que a aplicação de antissépticos, tendo ainda a vantagem de reduzir em 2 dias o tempo de queda.



Cuidados a ter:

- Limpe o coto umbilical após os cuidados de higiene, uma vez por dia, ou sempre que estiver sujo de urina ou fezes;
- Aperte a fralda abaixo do umbigo enquanto não se der a total cicatrização do umbigo;
- Deve assegurar que o umbigo se mantém seco e com roupa limpa;
- Comece a limpeza na zona do umbigo com movimentos circulares e vá subindo, terminando na mola de clampagem;
- Procure ajuda médica se a região do umbigo se apresentar edemaciada (inchaço), ruborizada ou com odor fétido;
- Estes cuidados devem ser mantidos após a queda, até se verificar uma adequada cicatrização do umbigo.

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Banho e Cuidados de Higiene

Mudança da Fralda

O que vai precisar?

- Uma fralda descartável limpa;
- Compressas de algodão;
- Água morna;
- Creme barreira — apenas se existir vermelhidão (eritema);
- Muda de roupa — se a fralda suja tenha transbordado.

Cuidados a ter:

- Rapaz: Lave gentilmente a pele do pénis. Não force ou tente puxar a pele do prepúcio para trás pois pode magoá-lo; Rapariga: Lave sempre da frente para trás. Poderá afastar os pequenos lábios vaginais para remover a sujidade no seu interior; Deve mudar a fralda após cada refeição e sempre que o bebé tiver uma dejeção;
- Sempre que possível evite o uso de toalhetas. Se optar por utilizá-las certifique-se que não contêm álcool.
-



Nunca perca o contacto físico com o bebé durante a troca da fralda!

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Banho e Cuidados de Higiene

Eritema da fralda

A irritação na área da fralda ou eritema da fralda é causada pelo contacto prolongado com urina e fezes, pelo calor, pela humidade e pela fricção. Se não for tratado, podem desenvolver-se infeções fúngicas por agentes como a *Candida albicans*. Manter a área da fralda seca é a chave para a sua prevenção, sendo essencial mudar frequentemente a fralda.



CAUSAS



Bactérias



Urina e fezes



Fricção



Ambiente fechado

SINTOMAS



Sensibilidade



Irritação



Descamação



Vermelhidão

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Banho e Cuidados de Higiene

Eritema da fralda

Como aliviar?

- Use uma compressa de tecido humedecida com água morna para limpar suavemente a pele;
- Mantenha a pele do bebé tão seca quanto possível;
- Aplique uma camada generosa de creme para assaduras em toda a zona da fralda e em todas as mudas da fralda;
- Deixe o bebé sem fralda o máximo de tempo possível.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Choro do Bebê

- Finalmente chegou o dia tão esperado pelos pais – o dia da alta. A chegada do bebé a casa é um misto de felicidade, de dúvidas e anseios.
- De início vai ser difícil compreender o comportamento do bebé, o que pode causar frustração e stress aos pais e as dúvidas começam a aparecer:
 - *“Será que sou capaz de cuidar do meu bebé?”*
 - *“Como vou perceber aquilo de que ele necessita?”*
 - *“Porque está a chorar? O que terá?”*
 - *“Porque não consigo consolá-lo?”*
- O choro é a linguagem universal dos bebés. É através dele que o bebé exprime as suas necessidades, sentimentos, emoções e sensações.
- Descodificar o choro é um desafio que mistura intuição, conhecimento, percepção e aprendizagem por parte dos pais.
- À medida que o tempo passa, o bebé irá melhorar a sua capacidade de comunicar e os pais aprenderão a descodificar o significado do choro.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Choro do Bebê

Porque chora o bebê?

1 Causas Físicas

- Fome;
- Estar sujo ou molhado – fralda suja;
- Roupa desconfortável;
- Frio ou calor excessivo;
- Sono;
- Fadiga;
- Excesso de estímulos;
- Dificuldade em estabelecer autocontrole.
-
-

2 Causas Emocionais

- Exigir a presença dos pais;
- Insegurança;
- Falta de atenção;
- Pedido de consolo/mimo.

3 Causas Patológicas

- Dor (por “cólicas”, dificuldade em evacuar ou dentes a nascer); Síndrome de privação (mãe consumidora de drogas); Doença; Febre/Hipotermia; Gemido;
- Prostração/Irritabilidade; Dificuldade/Recusa alimentar; Vômitos/Diarreia; Dificuldade respiratória.
-
-
-
-

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Choro do Bebê

O que fazer?

- Oíça atentamente o choro do bebê e observe, com calma e paciência, o que ele faz com a boca, como mexe os braços, as pernas e o resto do corpo;
- Verifique as causas físicas: se o bebê mamou há pouco tempo, poderá estar com frio ou calor ou ter a fralda suja;
- Se tiver cólicas, procure minimizá-las através de massagem abdominal e movimentos suaves das pernas imitando o pedalar;
- Se mantiver o choro pode ter desconforto emocional: procure acalmá-lo e confortá-lo;
- **Se mesmo assim o choro persistir ou se for acompanhado de sinais de doença, deve procurar o seu Médico Assistente;**
- Apesar de todo o esforço para os entender e consolar, existem “bebés difíceis”;
- Em alguns casos os pais necessitam de apoio para poderem ultrapassar esta fase de choro mais intenso.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Choro do Bebê

Aqui ficam algumas dicas que podem ajudar:

- Peça ajuda a familiares e amigos para ficarem algumas horas com o seu bebé;
- Peça ajuda na realização de algumas tarefas domésticas como por exemplo ir às compras, ou porque não arrumar a casa;
- Faça “turnos” com o seu companheiro;
- Tente descontraír;
- Descanse pelo menos uma vez por dia enquanto o bebé está a dormir;
- Esteja atenta(o) a sinais de depressão pós-parto;
- Fale com outros pais com problemas semelhantes;
- Procure apoio em “linhas de ajuda”/técnicos de saúde.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Choro do Bebê

Qual a atitude mais correta quando o bebé chora?

- Responda ao pedido com tranquilidade, sem ansiedade e sem angústia – deste modo o bebé sente que é compreendido e mereceu a sua atenção; Satisfaça as necessidades físicas do
- bebé; Pegue ao colo, aconchegue e embale; Fale com o bebé
- calmamente, acaricie e massage; Ofereça o peito ou a chupeta;
- Crie rotinas e respeite-as.
-
-

À medida que o bebé cresce, adquire capacidades para resolver por si algumas das suas necessidades e aprende a comunicar com os pais. Nesta fase é recomendável que não responda imediatamente ao choro do seu bebé mais crescido! Espere um pouco, deixe-o lidar com a frustração e ajude-o a conhecer-se e a autocontrolar-se.

- Se mantiver o choro deve responder ao seu apelo!



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Choro do Bebê

Estratégias de Consolo

- Durante os primeiros 3 meses de vida, o bebê procura adaptar-se ao meio extrauterino, continuando a desenvolver-se emocional e fisicamente no colo da mãe; Dentro da barriga da mãe o bebê está constantemente a ser tocado, acariciado, embalado e a experimentar uma contínua sinfonia de estímulos; Nem sempre o choro é causado por dor ou desconforto, sendo
- utilizado muitas vezes para chamar a atenção dos pais ou como um sinal de alerta ou de necessidade; Por esse motivo, foram desenvolvidas **5 técnicas** para ajudar os pais a acalmar os seus
- bebês e que têm como objetivo principal estimular o reflexo de calma que nasce com o bebê; Estas técnicas pretendem imitar o que acontece dentro do útero materno, promovendo uma
- transição gradual e suave para o mundo externo.

5 técnicas



Enfaixamento

Lateralizar o bebê

Shushing

Embalar o bebê

Sução não nutritiva

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Choro do Bebê

Estratégias de Consolo

Enfaixamento

- Consiste na imobilização do bebê através do enfaixamento confortável, imitando assim a restrição de movimentos dentro do útero nos últimos meses de gravidez; O enfaixamento não deve
- ser utilizado para lá dos **3 meses de vida**, altura em que os bebês começam a virar-se; Utilize uma fralda de pano com cerca de
- 1mx1m, para evitar o sobreaquecimento do bebê; A imobilização pode ser feita utilizando apenas as mãos dos pais, começando por
- cruzar os braços do bebê junto ao tórax, reduzindo, assim, os seus movimentos; Para proceder ao Enfaixamento:



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Choro do Bebê

Estratégias de Consolo

Lateralizar o bebê

- Consiste em lateralizar o bebê para o lado esquerdo, posição que facilita a digestão e diminui o desconforto gástrico; Esta é a posição ideal para relaxar mas não para dormir.



Shushing

- Consiste em fazer o som shhhh a cerca de 10-20cm de distância do ouvido do bebê, quando este está a chorar; O shhhh deve ser tão alto quanto o choro e deve diminuir à medida que a sonoridade do choro também diminui, para se conseguir desencadear o reflexo calmante; Este som pretende replicar os sons que os fetos ouvem no útero. Para além deste existem outros sons, chamados de ruídos brancos que produzem o mesmo efeito calmante (exº: secador de cabelo e o aspirador, exaustor de cozinha).

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

4 CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO



Choro do Bebê

Estratégias de Consolo

Embalar o bebê

- Consiste em embalar o bebê com movimentos suaves e ritmados, para trás e para a frente; Esasote
- s emelhmanotveism eanonsto qe ue o feto sente dentro do útero, quando a mãe caminha.



Sução não nutritiva

- A colocação da mão do bebê ou do dedo mínimo da mãe/pai na sua boca, assim como a utilização da ~~aleutetja~~ mamdeenstdaeç ão estabelecida, tranquiliza o recém-nascido;
- nSuog ar dnedoo)p oleég ar u(mch uchmaré todo confortante, pois o bebê já o fazia no útero da mãe.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Cólicas

As cólicas do bebé são uma situação normal e temporária, que pode ter **início por volta das 3 semanas de vida e terminar por volta dos 3 meses.**

É importante saber que quando o bebé chora podem não ser cólicas - **alguns bebés têm cólicas e outros não** - existindo vários motivos pelos quais os bebés choram.

Podemos considerar que o bebé “sofre” de cólicas quando apresenta um choro intenso, alto, gritado, que tem início súbito e sem motivo aparente, por mais de 3h por dia, em mais de 3 dias da semana e mais de 3 meses. Estes episódios são mais frequentes ao fim do dia.

São considerados motivos de aparecimento de cólicas no bebé:

- deglutição excessiva de ar durante a amamentação;
- imaturidade gastrointestinal ;
- tensão emocional.

Geralmente, se o bebé está com aleitamento materno exclusivo não “sofre” de cólicas. Nos bebés alimentados com leite artificial pode haver cólicas, por intolerância à lactose ou por alergia às proteínas do leite de vaca.

A alergia às proteínas do leite de vaca, geralmente, é acompanhada de refluxo gastro-esofágico ou vómitos e, neste caso, o bebé tem que fazer uma dieta sem derivados do leite de vaca até cerca dos 2 anos.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Cólicas

O que fazer se o seu bebé estiver com cólicas?

- Mantenha uma postura calma e transmita tranquilidade ao bebé;
- Se estiver ansioso peça ajuda a outra pessoa para cuidar do bebé. Se tal não for possível, coloque-o na cama e respire fundo, alivie o stress; Acalme o bebé – fale com ele e, se necessário, use a chupeta; Coloque o bebé no colo com a barriga para baixo,
- lateralizado para a esquerda, a cabeça apoiada no seu antebraço e com a palma da sua mão pressione ligeiramente a sua barriga; Com a outra mão, imobilize os bracinhos para lhe limitar os
- movimentos, ao mesmo tempo que o embala para a frente e para trás e lhe canta ou repete o som *shhhh*.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Cólicas

Se a barriga estiver inchada, realize massagem abdominal para o ajudar a libertar alguns gases:

- Esfregue um pouco de óleo de amêndoas doces nas suas mãos e realize movimentos lentos e ritmados no sentido dos ponteiros do relógio, com o bebé virado para si – repita este movimento pelo menos 3 vezes; De seguida, segure as pernas do bebé pelos tornozelos e, com os joelhos juntos, pressione-os suavemente contra a barriga.

Esta posição aproximadamente durante segundos. Alivie a pressão exercida e a posição das pernas, esticando-as, e volte a repetir várias vezes;

- Movimente as pernas do bebé suavemente imitando o pedalar – enquanto uma perna está encolhida sobre a barriga, a outra está esticada. Repita este movimento várias vezes;
- Com a mão esquerda desenhe um círculo completo no sentido dos ponteiros do relógio à volta do umbigo, sem levantar a mão da barriga do bebé. Quando a mão esquerda está na região inferior do abdómen, a mão direita desenha um semicírculo (das 9h às 6h) na mesma direção. Faça este movimento várias vezes.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Massagem do Bebê: Shantala

O que é a massagem shantala?

Originária da Índia, esta massagem contribui para o equilíbrio físico, emocional e energético do bebé.

Proporciona uma enorme interação e troca de afeto entre pais e bebés. Ao massajar o bebé, os pais criam momentos de grande cumplicidade pelo toque pele-a-pele, permitindo conversar, brincar e conhecer melhor o seu filho.

O toque proporciona ao bebé o mesmo conforto e a mesma sensação de segurança que ele sentia na barriga da mãe.

Este toque e a troca de carinho durante a massagem shantala aumenta a autoestima, o sentimento de pertença, o equilíbrio emocional e transmite emoções positivas e prazerosas.

Ao massajar o seu bebé está também a ajudar a tonificar os seus músculos, a melhorar a sua capacidade respiratória, a acalmar e a relaxar.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Massagem do Bebê: Shantala

Vantagens da massagem shantala para o bebé:

- Promove o desenvolvimento emocional do bebé;
- Diminui os períodos de choro e relaxa;
- Melhora o funcionamento do aparelho locomotor;
- Melhora a qualidade do sono;
- Alivia as cólicas e melhora a digestão;
- Previne a prisão de ventre;
- Favorece o aumento de peso;
- Previne doenças, aumentando as defesas do bebé.

Situações em que a massagem *shantala* não está indicada:

- Em situação de crise de cólica aguda;
- Doenças de pele;
- Quando o bebé está com fome ou com o estômago cheio;
- Quando está a dormir;
- Quando está doente ou debilitado.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Massagem do Bebê: Shantala

Como fazer a massagem shantala?

Esta massagem pode ser feita a partir do 1º mês de vida, dura em média 10 minutos e pode ser feita todos os dias, de preferência após o banho, dado o seu efeito calmante. São 10 minutos de dedicação total ao seu bebé (sem TV, telemóvel ou outras distrações)! Cada movimento deve ser repetido cerca de 3 a 4 vezes. Comece por colocar um pouco de óleo de amêndoas doces na palma das mãos e esfregue nas mãos para aquecer ligeiramente.

Siga os seguintes passos:

- **Rosto:** Coloque o bebé de frente para si e trace, com os polegares, pequenas linhas horizontais no rosto, começando na testa. Massaje as bochechas e faça movimentos circulares próximo ao canto dos olhos.
- **Peito:** Deslize as suas mãos do meio do peito do bebé em direção às axilas.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Massagem do Bebê: Shantala

Como fazer a massagem shantala?

- **Tronco:** Com um toque suave, deslize as mãos da barriga em direção aos ombros, formando um X sobre a barriga do bebé.
- **Braços:** Deslize as suas mãos do meio do peito do bebé em direção às axilas. Massaje um braço de cada vez com movimentos circulares, desde a axila até à mão.
- **Mãos:** Esfregue os seus polegares na palma da mão do bebé até aos dedinhos. Um por um, suavemente, tentando que o movimento seja constante.
- **Barriga:** Usando a lateral das mãos deslize-as sobre a barriga do bebé, desde a parte final das costelas, passando pelo umbigo até a parte genital.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Massagem do Bebê: Shantala

Como fazer a massagem shantala?

- **Pernas:** Com a mão em forma de bracelete, deslize a sua mão desde a coxa até os pés e, depois, a seguir, com as duas mãos, faça um movimento giratório, de vai-e-vem, desde a virilha até o tornozelo. Faça uma perna de cada vez.



- **Pés:** Deslize os seus polegares na planta do pé fazendo, no final, uma massagem suave em cada dedinho.



- **Costas e rabinho:** Vire o bebê de barriga para baixo e deslize as suas mãos das costas até ao rabinho.



- **Alongamentos:** Cruze os braços do bebê sobre a sua barriga e depois abra os braços, depois cruze as pernas do bebê sobre a barriga e estique as pernas.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Consultas e Vacinas

Plano Nacional de Saúde Infantil As consultas de Saúde Infantil realizadas regularmente permitem controlar o crescimento e o desenvolvimento do bebê, avaliar o seu estado de saúde e capacitar os pais com conhecimentos sobre as medidas mais adequadas para fortalecer o seu bem-estar. Em seguida, o Calendário de Consultas:

1º ano	1- 3 anos	4 - 9 anos	10 - 18 anos
1ª semana	12 meses	4 anos	10 anos
1º mês	15 meses	5 anos	12-13 anos
2 meses	18 meses	6-7 anos	15-18 anos
4 meses	2 anos	8 anos	
6 meses	3 anos		
9 meses			

As idades apresentadas no calendário das consultas não são rígidas. Se o bebê se apresentar no Centro de Saúde por outros motivos, um pouco antes ou depois das idades-chaves, poderá ser efetuada a observação indicada para essa idade.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Consultas e Vacinas

Após o nascimento é necessário:

- Inscrever o bebé na Unidade de Saúde; Levar a documentação necessária: registo de nascimento do bebé, cartão de cidadão dos pais, Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ) e Boletim Individual de Saúde (Boletim de vacinas); Agendar a 1ª consulta do bebé (1ª semana de vida) e Teste do Pezinho.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



TESTE DO PEZINHO: DIAGNÓSTICO PRECOCE

O teste do pezinho é um exame laboratorial que tem como objetivo detetar doenças congénitas graves (25 doenças), antes destas darem sinais. Deve ser realizado entre o 3º e o 6º dia de vida. A colheita de sangue é feita através de picada no calcanhar do bebé.

Os pais só serão contactos pelo Instituto Nacional Dr. Ricardo Jorge caso o resultado esteja alterado. Contudo, é aconselhável que consultem o resultado no site oficial da Instituição, através do código que é dado aos pais quando se realiza o teste em: www.diagnosticoprecoce.org

Desta forma têm a certeza que a amostra foi recebida.

O resultado está visível entre a 1ª e 2ª semana.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Vacinação

O Programa Nacional de vacinação existe em Portugal desde 1965. É universal [REDACTED] aplicação permitiu controlar ou eliminar as 13 doenças abrangidas pela vacinação. A vacinação deve ser entendida como um direito e um dever dos cidadãos. Ao vacinarem os seus bebés, os pais estão a defender a sua saúde, a Saúde Pública e a praticar um ato de cidadania.

Vacina Doença	Nasci-mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
Haemophilus influenzae b		HB 1	HB 2	HB 3		HB 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VP 1	VP 2	VP 3		VP 4	VP 5					
Streptococcus pneumoniae		Prm 1	Prm 2		Prm 3							
Neisseria meningitidis B		MenB 1	MenB 2		MenB 3							
Neisseria meningitidis C					MenC							
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VAGPR 1		VAGPR 2					
Vírus Papiloma humano								HPV 1,2				
Tétano, difteria e tosse convulsa									Tdpa - Grávidas			
Tétano e difteria									Td	Td	Td	Td

Calendário de Vacinação

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

[REDACTED]

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Vacinação

A vacinação no primeiro ano de vida deve ser cumprida nas idades recomendadas sem atrasos, pois este é o período de maior vulnerabilidade, requerendo imunização precoce, para evitar as respetivas doenças que podem ser graves.

Todas as vacinas autorizadas no mercado europeu têm um elevado grau de segurança, eficácia e qualidade, sendo ainda exigida uma certificação lote a lote antes da sua distribuição.

Por estas razões, são raras ou muito raras as reações adversas graves comprovadamente associadas às vacinas, bem como as condições que constituem precauções ou contraindicações à vacinação.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

[REDACTED]

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Vacinação

Reações Normais às vacinas:

No local:

- Vermelhidão, dor, edema (inchaço);
- Aparecem algumas horas após a injeção e geralmente desaparecem ao fim de 1 a 2 dias;
- Aplique gelo (envolvido por um pano) no local para aliviar a dor e o edema.

Generalizadas:

- Febre, mal-estar, cansaço, irritabilidade, alterações do sono, dores musculares, dor de cabeça, tonturas, náuseas, diarreia e perda do apetite; Podem aparecer entre 7 a 21 dias após a vacinação; Estes
- sintomas podem aparecer noutras situações, como nas infeções
- virais; Administre paracetamol, de acordo com indicação médica, para controlar estes sintomas.
-



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Prevenção de acidentes no 1º ano de vida

Os acidentes no primeiro ano de vida são uma das causas de morte e de incapacidade na criança, apesar de muitos serem evitáveis.

Sabendo que a criança no seu primeiro ano de vida não entende o perigo e necessita de explorar o mundo que a rodeia para se desenvolver harmoniosamente, o adulto cuidador deve criar um ambiente seguro, que não limite os movimentos da criança.

Os principais riscos a que a criança está sujeita no primeiro ano de vida são:

- Acidentes rodoviários;
- Quedas;
- Queimaduras;
- Afogamento;
- Intoxicações;
- Asfixia.

A vigilância constante da criança pelo adulto cuidador, nesta fase da sua vida, deve ser a primeira medida a adotar para evitar o Acidente.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Prevenção de acidentes no 1º ano de vida

Medidas a adotar para minimizar os riscos de Acidentes

Transporte automóvel: As crianças têm o pescoço frágil e a cabeça grande e pesada. Por este motivo, devem viajar sempre em cadeirinhas voltadas para trás até aos 3 ou 4 anos, desde o dia em que saem da maternidade. Só assim, as suas costas, a cabeça e o pescoço serão amparados uniformemente. Antes dos 18 meses a criança não deve viajar virada para a frente.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

Prevenção de acidentes no 1º ano de vida

Transporte automóvel:

O transporte de crianças em automóvel encontra-se regulamentado em Portugal pelo artigo 55º do Código da Estrada:

- “1 - As crianças com menos de 12 anos de idade e menos de 135 cm de altura, transportadas em automóveis equipados com cintos de segurança, devem ser seguras por sistema de retenção homologado e adaptado ao seu tamanho e peso.
- 2 - O transporte das crianças (...) deve ser efetuado no banco da retaguarda, salvo nas seguintes situações:
- a) Se a criança tiver idade inferior a 3 anos (...), não podendo, estar ativado o airbag do passageiro;
 - b) Se a criança tiver idade igual ou superior a 3 anos e o automóvel não dispuser de cintos de segurança no banco da retaguarda, ou não dispuser deste banco.
- 3 - Nos automóveis que não estejam equipados com cintos de segurança é proibido o transporte de crianças de idade inferior a 3 anos.
- 5 - Quem infringir o disposto nos números anteriores é sancionado com coima de € 120 a € 600 por cada criança transportada indevidamente.”

11

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Prevenção de acidentes no 1º ano de vida

Transporte automóvel:

Sistemas de fixação da cadeirinha ao carro

Sistema Universal: Sistema em que a cadeira é fixa ao banco através dos cintos de segurança do carro.



Sistema Isofix: Sistema em que a cadeira é fixa ao banco através de um sistema de encaixe existente nos carros mais recentes.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Prevenção de acidentes no 1º ano de vida

Transporte automóvel:

Sistemas de fixação da cadeirinha ao carro

O Sistema Isofix aumenta a segurança das crianças pois facilita a colocação e reduz os erros de instalação. As cadeiras com Isofix encaixam em dois pontos na base das costas do banco do automóvel e fixam-se num terceiro ponto (atrás das costas do banco, na bagageira, ou apoiam no chão do carro). Para utilizar estas cadeiras é necessário um carro equipado com sistema Isofix.



Independentemente do tipo de sistema de fixação, a cadeira tem sempre de ficar preso ao banco do carro em 3 pontos. Siga o manual de instruções!

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Prevenção de acidentes no 1º ano de vida

Transporte automóvel:

Na altura de comprar a cadeirinha auto tenha em consideração os seguintes aspetos:

- Verifique se foram fabricadas de acordo com as normas internacionais mais recentes;
- A cadeirinha deverá ter uma etiqueta com o símbolo R44-04, R129 (i-size) ou R129-02:

Etiqueta E

R129 i-Size universal ISOFIX 45 cm - 105 cm ≤ 19 kg (E2) 00 16159 UN-Regulation No. 129/00	i-Size – Norma de homologação Universal ISOFIX – Compatível apenas com automóveis equipados com sistema ISOFIX. 45-105cm (<19kg) – Cadeira homologada para crianças com comprimento entre 45 e 105 cm, com, no máximo, 19 kg E2 – E significa produto homologado. 2 corresponde ao país da homologação (2 = França) 00 16159 – Nr. de homologação. Os primeiros dois dígitos (00) significam que a aprovação foi feita de acordo com a versão 0 do R129. UN-Regulation No. 129/00 – Norma de homologação (significa o mesmo que i-Size, versão 0)
R44/04 ECE R44-04 UNIVERSAL Gr 1 : 9-18kg : Y (E2) 04 06011	ECE R44/04 – Norma de homologação UNIVERSAL – Compatível com todos os modelos de automóveis equipados com cintos de segurança Gr 1: 9-18 kg –Cadeira do Grupo I, homologada para crianças entre os 9 e os 18 kg. Y – cadeira com arnês de 3 pontos E2 – E significa produto homologado. 2 corresponde ao país da homologação (2 = França) 04 06011 –Nr. de homologação. Os primeiros dois dígitos (04) significam que a aprovação foi feita de acordo com a versão 4 do R44.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Prevenção de acidentes no 1º ano de vida

Transporte automóvel:

Na altura de comprar a cadeirinha auto tenha em consideração os seguintes aspetos:

- Experimente-a no seu carro antes de efetivar a compra e verifique se os cintos têm comprimento suficiente para a instalar; Se comprar em segunda mão, assegure-se que a cadeira não esteve envolvida em nenhum acidente e que não foi utilizada por mais que duas crianças.

Primeira Cadeira Auto O “ovinho” é a cadeira mais indicada para recém-nascidos e crianças até aos 12 meses. Deve ser utilizada desde o momento da alta da maternidade. Enquanto o bebé pesar menos de 13 Kg, o arnês (cinto interno) estiver à altura do ombro e a cabeça bem apoiada, a criança não deverá mudar para uma cadeira maior, mesmo que os pés batam nas costas do banco ou as pernas fiquem dobradas.

Entre a cadeira 0 e 0+ aconselha-se a compra do grupo 0+ pois irá transportar o seu filho em melhores condições até mais tarde (desde o nascimento até cerca dos 15-18 meses). A alcova onde a criança viaja deitada, e por esta razão menos protegida, só deve ser utilizada por indicação médica.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Prevenção de acidentes no 1º ano de vida

Transporte automóvel:

Não se esqueça:

- Após colocar o bebé na cadeira, coloque o arnês (cinto interno); A parte superior do cinto deve assentar diretamente no ombro, nunca deve vir de cima do ombro; A distância entre o cinto e o ombro do bebé deve ser de apenas 1 dedo; As mantas devem ser colocadas depois de colocado o arnês e não entre o cinto e o bebé; Se a cabeça do bebé balançar de um lado para o outro durante a marcha, use redutores de cabeça; Caso o bebé escorregue e se afunde na cadeira, coloque uma fralda enrolada entre os genitais e a parte inferior do cinto; A cadeira deve ser colocado no banco de trás, no lado contrário ao do condutor; Se tiver de instalar a cadeira no banco da frente (exº: veículo comercial com 2 lugares), certifique-se que tem o *airbag* desligado.
-

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Prevenção de acidentes no 1º ano de vida

Transporte automóvel:

Não se esqueça:

- Nunca deixe a criança no ovo sem o cinto posto, mesmo quando dentro de casa. **O risco de queda é muito grande!**
- Fora do automóvel, pouse sempre o ovo no chão (há risco de queda se colocado em locais altos);
- Em viagens longas faça paragens de 2/2h e retire o bebé da cadeira durante esse período;
- Viajar com o bebé ao colo, mesmo em viagens curtas, pode ser muito perigoso.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Prevenção de acidentes no 1º ano de vida

Medidas a adotar para minimizar os riscos de Acidentes

Transporte a Pé em segurança

- Os slings e panos são ideais para transportar bebés pequenos; Na posição de deitado, a cabeça do bebé deve estar virada para cima e nunca para o seu corpo ou para o tecido; A cara do bebé tem de estar visível e destapada; Assegure-se que o tecido do sling ou pano é respirável; Quando se baixar, apoie o bebé com uma das mãos; Baixe-se com as costas direitas fletindo os joelhos, para segurança do bebé e para seu conforto; O uso de marsúpios só está aconselhado a partir dos 3-4 meses de idade; Para transportar o seu bebé em segurança e confortavelmente, siga as instruções do seu marsúpio; **Atenção à posição das pernas:** Na posição vertical, as pernas do bebé devem ficar afastadas uma da outra ao nível da anca e fletidas num ângulo de 90º.
-



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Prevenção de acidentes no 1º ano de vida

Medidas a adotar para minimizar os riscos de Acidentes

Quedas

- O bebé começa a mexer-se muito cedo!
- Nunca deixe o bebé sozinho em cima do muda fraldas, da cama dos pais ou do sofá;
- Coloque sempre o ovinho e a espreguiçadeira no chão e com o cinto interno apertado;
- Transforme o chão num local seguro para que a criança o possa explorar;
- Coloque grades/cancelas nas escadas;
- Vede o acesso a varandas e/ou terraços e aplique limitadores de abertura nas janelas e/ou portas para o exterior;
- Proteja os cantos dos móveis e fixe os móveis à parede para que não caiam se a criança se pendurar neles.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Prevenção de acidentes no 1º ano de vida

Medidas a adotar para minimizar os riscos de Acidentes

Afogamento

- O afogamento é rápido e acontece em pouca água. **Um palmo de água é suficiente para a criança se afogar**; Nunca deixe a criança sozinha no banho, mesmo quando já se senta sozinha; Esvazie baldes e alguidares após a utilização. No exterior de casa,
- guarde-os virados para baixo para não acumularem água da chuva; Vede o acesso a zonas de praia, piscina, tanques e lagos para que as crianças não possam aceder-lhes se estiverem sem
- supervisão de um adulto; Coloque as braçadeiras à criança mesmo que esteja a brincar fora de água.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Prevenção de acidentes no 1º ano de vida

Medidas a adotar para minimizar os riscos de Acidentes

Queimaduras

- Se der biberão ao seu bebé agite-o e verifique a temperatura antes de lho dar;
- Não prepare o biberão, nem transporte líquidos quentes com o bebé ao colo;
- Quando usar o micro-ondas para aquecer a comida do bebé mexa bem e verifique a temperatura antes de a dar;
- Não transporte alimentos quentes com o bebé por perto;
- Afaste os aquecedores de zonas de passagem ou de locais onde o bebé possa queimar-se;
- Proteja as lareiras e os aquecimentos fixos;
- Enquanto cozinha deixe a criança com um adulto noutro local ou limite a sua entrada na cozinha com uma cancela;
- Utilize os bicos de trás do fogão.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Prevenção de acidentes no 1º ano de vida

Medidas a adotar para minimizar os riscos de Acidentes

Queimaduras Solares:

- A pele do bebé é muito sensível e por isso deve ser protegida da exposição solar para evitar queimaduras:
 - Até aos seis meses de vida não é recomendável a ida à praia;
 - Após os 6 meses podem ir à praia sem que a exposição solar seja direta e apenas em horários restritos;
 - Opte por passeios em locais arejados e com sombras, preferencialmente antes das 11h e após as 17h;
 - Aplique protetor solar de proteção máxima, chapéu de abas largas e reforço da ingestão de água.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Prevenção de acidentes no 1º ano de vida

Medidas a adotar para minimizar os riscos de Acidentes

Intoxicações

- Não dê medicamentos às escuras e confirme as doses e horários antes de os administrar;
- Não tome medicamentos à frente da criança para não suscitar a sua curiosidade;
- Não os deixe em cima da mesa-de-cabeceira ou noutros locais de fácil acesso;
- Guarde-os em locais fechados e altos;
- Guarde os produtos de limpeza ou outros tóxicos nas embalagens de origem e fora do alcance da criança.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Prevenção de acidentes no 1º ano de vida

Medidas a adotar para minimizar os riscos de Acidentes

Asfixia

- Não deixe o bebé a tomar o biberão sem a presença de um adulto; Entre os 9 e os 12 meses não dê alimentos duros, lisos e escorregadios (ex., frutos secos, tremoços, azeitonas, guloseimas etc.); Guarde os objetos pequenos como pulseiras, anéis e brincos fora do alcance do bebé; Verifique se os brinquedos são adequados à idade da criança e cumprem as normas de segurança europeias.
-



5 CUIDADOS AO BEBÉ



Obstrução da via aérea no lactente

A obstrução da via aérea (OVA) nas crianças é uma situação frequente.

A maioria das situações de OVA ocorre durante a alimentação ou quando os bebés estão a brincar com objetos de pequenas dimensões e são presenciadas pelo adulto, pelo que o socorro pode ser iniciado de imediato.

Quando um corpo estranho entra na via aérea (seja um alimento ou um brinquedo) levando à sua obstrução, o bebé começa imediatamente a tossir, na tentativa de o expelir.

A tosse espontânea é a forma mais eficaz e segura de desobstrução da via aérea.

No entanto, se a tosse é ausente ou ineficaz e o objeto obstruir completamente a via aérea, o bebé vai ficar asfixiado necessitando de intervenção ativa de quem assiste ao episódio de engasgamento.

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Obstrução da via aérea no lactente

A obstrução da via aérea por corpo estranho, manifesta-se por dificuldade respiratória de início súbito com tosse e estridor.

Estes mesmos sinais também podem surgir na obstrução da via aérea por infecção ou inflamação, como na epiglottite, mas o seu início é gradual e acompanhado de outros sintomas de doença como a febre. Nestas situações não está indicado proceder a manobras de desobstrução da via aérea.

Modo de atuação:

- Se o bebé **tosse eficazmente**, não é necessário qualquer tipo de manobras. Basta colocar o bebé sentado e vigiar continuamente;
- Se o bebé **não tosse, não chora ou não respira**, deve gritar por ajuda de imediato e avaliar o estado de consciência; Se o bebé estiver consciente, mas **não tosse eficazmente**, aplique **5 pancadas interescapulares**, observando ao mesmo tempo se o corpo estranho sai; Se as pancadas não resolvem a obstrução, devem fazer-se **5 compressões torácicas**.

5 CUIDADOS AO BEBÉ

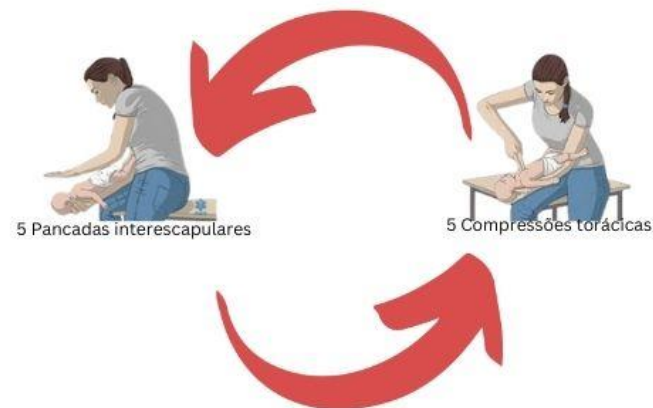


Obstrução da via aérea no lactente

Modo de atuação:

Manobra de Heimlich

O bebé está consciente:



Repita estas manobras alternadamente até o corpo estranho sair.

5 CUIDADOS AO BEBÉ



Obstrução da via aérea no lactente

Modo de atuação:

Manobra de Heimlich

Vá observando a boca do bebé sempre que roda o bebé para alternar as pancadas interescapulares com as compressões torácicas e, se o objeto estiver visível dentro da boca do bebé remova-o com os seus dedos, fazendo um movimento de pinça.

Não se esqueça de pedir ajuda e peça a alguém para ligar para o 112, se ainda não foi feito.

Após resolução da obstrução da via aérea e se foi aplicada a Manobra de Heimlich, o bebé deve ser visto por um médico, pois podem ocorrer lesões internas.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

6 AMAMENTAÇÃO



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

6 AMAMENTAÇÃO



O início da amamentação deve ocorrer nos primeiros
30 minutos de vida do bebé.

Vantagens da amamentação

Para a mãe:

- Facilita a perda de peso, ganho durante a gravidez; Reduz o risco
- de hemorragia pós-parto; Diminui o risco de aparecimento de
- osteoporose, cancro da mama e do ovário; É mais prático e mais económico! Está sempre disponível, à temperatura adequada e
- não requer preparação prévia nem utilização de biberões.

Para o bebé:

- É o alimento nutricionalmente mais completo e adequado para o desenvolvimento saudável do bebé, nos primeiros 6 meses de vida; Contém substâncias protetoras contra infeções e alergias;
- Diminui o risco de obesidade; É de fácil digestão, diminuindo o
- risco de cólicas e obstipação; Desenvolve os músculos da face, diminuindo dificuldades na fala; Reforça o vínculo entre mãe e
- filho.
-

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

6 AMAMENTAÇÃO

Horário e Duração das Mamadas

- Deixe o bebé estabelecer o horário das mamadas. No entanto, o intervalo entre elas não deve ultrapassar as 3/4 horas no primeiro mês de vida (mesmo durante a noite); O bebé deve
- fazer, em média, 8 a 12 mamadas em 24 horas; O bebé deve
- mamar tudo o que desejar, até deixar a mama espontaneamente; A duração da mamada não é importante. Pois cada bebé tem o
- seu ritmo (pode chegar aos 20/30 minutos em cada mamada); É importante o bebé esvaziar uma mama em cada mamada; Após
- eructar (arrotar) poderá oferecer a outra mama, caso o bebé continue com fome; **NÃO deite o bebé antes de o colocar a eructar (arrotar), pois pode causar engasgamento;** Na mamada
- seguinte comece pela mama que não ficou completamente vazia.

Posicionamentos para o bebé eructar



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

6 AMAMENTAÇÃO

Posicionamento para Amamentar

- É importante que a mãe esteja tranquila e confortável e criar um ambiente calmo e seguro para o bebé.
- A melhor posição para amamentar é a que a mãe e o bebé estiverem mais confortáveis.

Posição Tradicional



Posição Deitada de Lado



Posição Bola de Râguebi



Posição Cruzada



Posição de Cavaleiro



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

6 AMAMENTAÇÃO

Posicionamento para Amamentar

Se gémeos:

1 Tradicional
1 Lateral



Lateral



De Frente



Cruzados



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

6 AMAMENTAÇÃO

Sinais de boa pega

É fundamental que o bebé realize uma boa pega, para que exista uma boa produção de leite e assim consiga ingerir a quantidade de leite suficiente durante a amamentação. A pega correta previne, também, problemas nas mamas, aumentando o sucesso da amamentação.

Conselhos para uma Pega Correta:

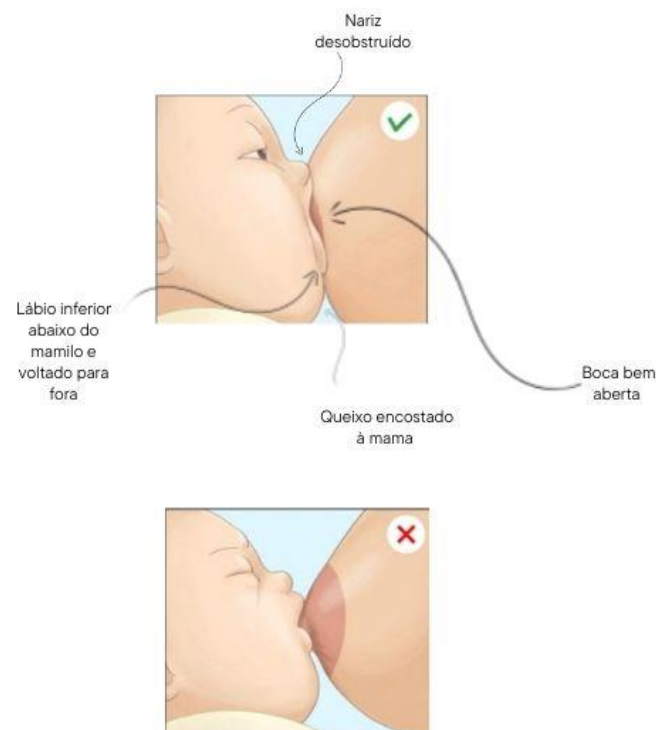
- Deve estar sentada ou deitada confortavelmente;
- Com as costas direitas e bem apoiadas;
- Se necessário coloque uma almofada nas costas e outra no colo para ajudar a posicionar bem o seu bebé;
- Deverá segurar o seu bebé bem aconchegado a si;
- Face do bebé voltada para a mama, com a cabeça e o corpo numa linha reta;
- Barriga com barriga.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

6 AMAMENTAÇÃO

Sinais de boa pega



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

6 AMAMENTAÇÃO

Complicações da Amamentação:

Mamas Ingurgitadas: Quando se dá a "descida" do leite, as mamas podem ficar inchadas, dolorosas, quentes e vermelhas, brilhantes e tensas. Esta situação ocorre geralmente alguns dias após o nascimento e é provocado por um esvaziamento incompleto da mama. O leite retido na glândula mamária, leva a um aumento da quantidade de sangue e de fluidos nos tecidos que suportam a mama.



Como prevenir?

- Inicie a amamentação logo após o parto, em horário livre;
- Use um sutiã adequado;
- Se o bebê não esvaziar a mama a mãe deve retirar o leite manualmente.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

6 AMAMENTAÇÃO

Complicações da Amamentação:

Mamas Ingurgitadas:

Como tratar?

- Antes da alimentação, para estimular a drenagem do leite, realizar um duche quente, com uma ligeira massagem nas mamas e com estimulação da pele do mamilo; Pedir ao companheiro para ajudar
- a mãe a relaxar, com uma massagem no pescoço e/ou nas costas; Se o bebê conseguir mamar, segurar o bebê pele-a-pele, e deixá-lo mamar frequentemente. Inicie primeiro, na mama mais cheia e esvazie a mama até se sentir confortável. Se o bebê não conseguir mamar, extrair o leite à mão ou com uma bomba; Após a mamada,
- coloque na mama uma folha de couve fria e bem lavada ou gelo dinâmico (um cubo de gelo em movimentos circulares constantes), para aliviar o desconforto e ajudar a desinflamar; Em caso de dúvidas procure ajuda junto do seu Centro de Saúde ou do seu Enfermeiro de Família.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

6 AMAMENTAÇÃO

Complicações da Amamentação:

Mastite:

A mastite é uma inflamação da mama, que ocorre mais frequentemente na 2ª-3ª semana após o parto e é provocado por um esvaziamento incompleto da mama. Pode ser ou não de origem infecciosa:

- A mastite não infecciosa pode ser derivada ao bloqueio dos canais por onde passa o leite (ductos mamários).
- A mastite infecciosa surge quando há entrada de microrganismos através dos mamilos.

Nos dois casos, parte da mama fica avermelhada, quente, inchada e muito dolorosa. A mulher tem febre alta e mal estar.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

6 AMAMENTAÇÃO

Complicações da Amamentação:

Mastite:

Como prevenir?

- Amamentação frequente com esvaziamento adequado das mamas;
- Trate o ingurgitamento e os mamilos gretados;
- Evite a compressão excessiva da mama com os dedos durante a amamentação e roupas e soutien que comprimam a mama.

Como tratar?

- Melhorar a amamentação com a correção da pega;
- Realizar mamadas frequentes, com alternância posicionamento do bebé na mama, para ajudar a esvaziar todos os quadrantes da mama;
- Oferecer inicialmente a mama menos cheia e só depois a afetada, para não hiperestimular a produção de leite;
- Massage levemente as áreas afetadas enquanto estiver a amamentar;
- Avaliar a consistência da mama após cada mamada, e se necessário extrair o leite excedente manualmente, evitando o uso de bomba extratora de leite;
- Se os sintomas permanecerem 24h após realizar estas medidas, procurar ajuda de profissionais de saúde;
- A mãe deve repousar;
- Em caso de dúvidas procure ajuda junto do seu Centro de Saúde ou do seu Enfermeiro de Família.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

6 AMAMENTAÇÃO

Complicações da Amamentação:

Fissuras Mamilares

O mamilo pode ficar dorido e com fissuras logo na primeira semana de aleitamento, tornando a amamentação dolorosa para a mãe.



São provocadas:

- má posição do bebé à mama: se o mamilo estiver em formato de baton ou espalmado após mamada (se boa pega, mamilo fica redondo); pelo número e duração inadequada das mamadas.
-



Mamilo normal



Mamilo em formato baton

6 AMAMENTAÇÃO

Complicações da Amamentação:

Fissuras Mamilares

Como prevenir e tratar?

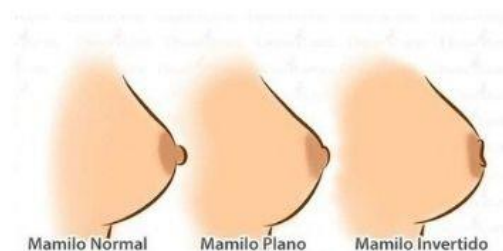
- Assegure-se que a pega está correta e que existe transferência de leite materno para o bebé; Se má pega, deve interromper a mamada (colocar o dedo mindinho no canto da boca do bebé, para não puxar o mamilo e agravar) e refazer a pega; Aplicar primeiro a mama que está em melhores condições; Amamentar com mais frequência para reduzir a força de sucção; Aplique umas gotas de leite materno no mamilo, para ajudar na cicatrização. Pode também aplicar uma camada fina de creme à base de lanolina, apenas nos mamilos, após as mamadas e deixe secar; Pode utilizar discos de hidrogel, mamilos de prata ou compressas húmidas para tratamento do mamilo; Os discos absorventes não são recomendados. Se usar, troque- os com muita frequência, para que não estejam húmidos em contato com a pele; Ao longo do dia exponha os mamilos ao ar; Evitar lavar a mamilo após a mamada; Utilizar um soutien adequado e de algodão; Nos casos mais graves: Suspender a sucção do bebé nessa mama mas extrair, se possível, o leite da mama e dá-lo ao bebé; Em caso de dúvidas procure ajuda junto do seu Centro de Saúde ou do seu Enfermeiro de Família.
-
-
-

6 AMAMENTAÇÃO

Complicações da Amamentação:

Mamilos Invertidos

Caraterística anatómica presente em 3% das mulheres a nível global.



Como proceder?

- Estimular o mamilo a sobressair;
- Certificar-se que o bebé abocanha a auréola toda;
- Utilizar dispositivos que auxiliem na sucção (mamilos de silicone).

Nos casos mais graves:

Se o seu bebé parecer desinteressado e afasta-se da mama, pode optar por extrair o leite com bomba e alimentá-lo com o biberão.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

6 AMAMENTAÇÃO

Dispositivos de Apoio à Amamentação



Discos de hidrogel



Mamilos de prata



Conchas de amamentação



Discos de hidrogel estéreis



Mamilos de silicone



Formador de mamilos

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

6 AMAMENTAÇÃO

Dispositivos de Apoio à Amamentação



Tipoia para sustentação de mamas maiores



Rosquinhas de mama



Laser

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

6 AMAMENTAÇÃO

Formas de Extração de Leite Materno

Em certas circunstâncias poderá ser necessário fazer a extração manual ou com bomba do leite materno, como por exemplo:

- Em caso de ingurgitamento mamário, para dar alívio à mãe; Quando
- existe alguma dificuldade na colocação do bebé à mama; Quando a
- mãe tem que se ausentar ou iniciar o seu trabalho fora de casa.

Extração Manual:

- Lave as mãos;
- Coloque o funil da bomba sobre a mama de modo a que o mamilo fique centrado;
- Inicie o processo de extração de acordo com as instruções da bomba.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

6 AMAMENTAÇÃO

Formas de Extração de Leite Materno

Extração com Bomba Elétrica:

- Lave as mãos; Coloque o funil da bomba sobre a mama; Comece
- por estimular a saída de leite com a estimulação mais baixa e vá
- aumentando consoante a sua tolerância; De seguida, proceda à
- extração do leite; Massaje a mama durante a extração, fazendo
- movimentos circulares à volta da aréola, para ajudar a estimular
- o fluxo de leite; Siga as instruções do fabricante.



Extração Simples



Extração Dupla

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

6 AMAMENTAÇÃO

Formas de Extração de Leite Materno

Extração Manual:

- Escolha um local onde se sinta confortável;
- Deve ter o bebé perto de si ou uma roupinha dele ou uma fotografia;
- Com uma mão, coloque um copo ou um frasco próximo da mama, para poder recolher o leite extraído;
- Com a outra mão, coloque-a em forma de C com o polegar sobre a parte superior da aréola e indicador na parte inferior da mama;
- Faça uma ligeira pressão contra as costelas e vá abrindo e fechando os dedos para facilitar a saída do leite.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

6 AMAMENTAÇÃO

Conservação do Leite Materno

Deve assegurar que:

- Conserva pequenas porções no frio, em diferentes recipientes; Os
- recipientes têm que ser esterilizados e próprios para a conservação de leite materno (sacos de congelação, frascos de plástico rígido ou de vidro, com tampa); Rotula o recipiente com
- dia/mês/ano. Se for para a creche, deve colocar o nome do bebé.

Pode ser armazenado:

- Temperatura ambiente (<25°C) – máximo de 4 horas; Frigorífico
- (4°C) – máximo de 4 dias, colocando em caixas devidamente fechadas para evitar o risco de contaminação do leite materno;
- Congelador (-18°C) – recomendado 6 meses, mas aceitável até 12
- meses.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

6 AMAMENTAÇÃO

Conservação do Leite Materno

Para descongelar:

- Consuma em primeiro lugar o leite materno guardado há mais tempo; Preferencialmente descongele no frigorífico, e consuma da
- 24 horas seguintes; Em caso de necessidade, descongele o leite em água morna corrente ou num recipiente com água morna, e
- consuma nas 2 horas seguintes; Não volte a congelar; Não use o micro-ondas para descongelar ou amornar o leite; Não utilize leite materno com mau odor.

-
-
-



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

7

PREPARAR A CHEGADA



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

7

PREPARAR A CHEGADA



Quarto do bebé

Na hora de comprar:

- Opte por mobiliário útil, versátil e duradouro, que satisfaçam as necessidades do bebé e do cuidador;
- Pense nas rotinas que irá ter e o que terá que fazer:
 - Amamentar;
 - Mudar a fralda e a roupa do bebé;
 - Dar banho.

Berço ou cama de grades

O colchão deve ser duro e ter mais do que uma posição em altura.

O espaçamento das grades não deve ser superior a 6 cm.

Cómoda/Móvel Muda-Fraldas

Necessária para guardar todas as roupas, mantas, acessórios, lençóis, fraldas e produtos de higiene do bebé.

Escolha um modelo com muita arrumação que inclua ou permita colocar um muda-fraldas.

Banheira com suporte

A maioria das banheiras com suporte são, também, muda-fraldas.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

7 PREPARAR A CHEGADA



Enxoval do recém-nascido

Roupa Confortável

- Opte por peças de algodão;
- Evite lãs e tecidos sintéticos.

Roupa Prática e Fácil de vestir

- Peças a apertar à frente ou de lado;
- Com molas.

LISTA BÁSICA:

- Baby-grows de mangas curtas ou compridas: 6 peças;
- Calcinhas ou collants: 6 peças;
- Camisolas interiores ou bodies: 6 peças;
- Meias: 6 pares;
- Sapatinhos: 2 pares;
- Casacos: 2 peças;
- Fraldas de tecido: 6 peças;
- Gorros: 2 peças;
- Babetes: 2 peças.



ROUPA DE CAMA E BANHO:

- Toalhas com capuz: 2 a 3 peças;
- Lençol protetor de berço: 3 peças;
- Lençol para berço: 3 conjuntos;
- Cobertor para berço: 2 peças;
- Mantas para bebé: 2 a 4 peças;
- Forra para carrinho de transporte: 2 peças;
- Ninho redutor de berço.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

7 PREPARAR A CHEGADA



Enxoval do recém-nascido

Que cuidados ter com a roupa antes da 1ª utilização?

- As etiquetas devem ser retiradas da roupa (não cortadas) para evitar irritações na pele delicada do bebé;
- Lave a roupa com o detergente que usa habitualmente para lavar a roupa da família;
- Pode ser lavada na máquina de lavar, juntamente com a roupa de vestir da família;
- Sempre que possível, seque a roupa ao sol e passe a ferro antes de usar.

Como vestir o bebé?

- A quantidade e tipo de roupa que lhe veste deve ser adequada à temperatura do ambiente;
- Vista o bebé com mais uma “camada” de roupa que a pessoa mais friorenta da família! - Exemplo: Body;
- No 1º mês a temperatura corporal não é tão estável, e o bebé gosta de se sentir aconchegado - Use roupinhas mais justas.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

7 PREPARAR A CHEGADA



Preparação da mala para a maternidade

- A mala para a maternidade deve estar pronta a partir das 32 semanas de gravidez - um pouco antes se houver previsão de o bebé nascer antes do tempo. Prepare a mala tranquilamente e progressivamente, de preferência com a presença da pessoa que a irá acompanhar durante a estadia na maternidade. É importante que seja pequena e prática. Pensada para uma estadia no Hospital de:
-
- - 2 dias se for parto Normal;
 - 3 dias se for Cesariana.

O que levar na Mala para a Sala de Partos?

Para a mãe:

- Boletim Grávida;
- Documento de Identificação;
- Exames realizados no exterior;
- Chinelos;
- Saco para roupa suja;
- Bola de Pilates (caso a maternidade não tenha).



Para o bebé:

- Gorro;
- Roupa interior (de algodão);
- Roupa exterior (de algodão);
- Fralda de pano;
- Manta.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

7 PREPARAR A CHEGADA



Preparação da mala para a maternidade

O que levar na Mala para o Serviço de Internamento (Puerpério)?

Para a mãe:

- Chinelos para o duche;
- Produtos de higiene pessoal;
- Elástico de cabelo;
- Toalha de banho e rosto;
- Saco para roupa suja;
- Roupa de saída da Maternidade;
- Camisas ou pijamas de manga curta e com abertura para amamentação (2-3);
- Robe;
- Cuecas algodão/descartáveis;
- Pensos higiénicos;
- Soutien de amamentação, um a dois números acima do habitual (2-3);
- Creme de mamilos (lanolina);
- Almofada Amamentação;
- Secador de cabelo;
- Se hemorroidas: Sheriproct.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

7 PREPARAR A CHEGADA



Preparação da mala para a maternidade

O que levar na Mala para o Serviço de Internamento (Puerpério)?

Para o bebé:

- 2 mudas de roupa interior de algodão por dia de internamento;
- 2 mudas de roupa exterior por dia de internamento;
- Gorro para o dia de saída da maternidade;
- Fraldas descartáveis (8 por dia de internamento);
- Fraldas de pano para amamentação (1-2);
- Manta;
- Toalha de banho;
- Produtos de higiene/creme hidratante;
- Tesoura de pontas redondas ou lima de papel;
- Escova macia para o cabelo;
- **No dia da alta levar a cadeira auto ("ovinho") para transportar o bebé!**



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

8 PUERPÉRIO



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

8 PUERPÉRIO

O que é o puerpério?

De acordo com a OMS (1998), o período pós-parto ou puerpério é definido como o período que tem início após dequitação (saída da placenta) e que se prolonga durante as seis semanas seguintes. Quando os diversos órgãos maternos retornam ao estado pré-gravídico.

Engloba alterações fisiológicas, desconfortos e autocuidado:



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

8 PUERPÉRIO

A) Emocionais/Psicológicas/Hormonais:

O puerpério é um período de grande ajuste físico e emocional, e a privação do sono devido aos cuidados com o bebé podem levar à fadiga.



É importante que a mãe descanse sempre que possível, com recurso a estratégias:

- Enquanto o bebé dorme; Recurso a ajuda nas tarefas do quotidiano
- por parte de família/amigos de referência (apenas os mais chegados), que sejam possíveis de substituir a mãe, nomeadamente refeições, cuidar da roupa e da casa, compras, entre outros; Família/amigos de referência podem cuidar do bebé, entre as mamadas.

As alterações hormonais no puerpério podem causar flutuações de humor, sudorese noturna, alterações na temperatura corporal e alterações na pele e no cabelo. Essas mudanças são frequentemente atribuídas às variações nos níveis de estrogénio e progesterona.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

8 PUERPÉRIO

A) Emocionais/Psicológicas/Hormonais:

Estas mudanças hormonais, a privação de sono e as novas responsabilidades podem levar a alterações de humor, ansiedade e até mesmo a blues pós-parto, depressão pós-parto, psicose pós-parto e alteração do papel pessoal.

Sinais e sintomas:

- Tristeza com duração superior a duas semanas e choro fácil;
- Irritabilidade;
- Falta de energia com incapacidade de realizar atividades diárias;
- Desinteresse pelo bebé;
- Ansiedade exagerada pelo estado de saúde do bebé;
- Baixa autoestima e perda de confiança;
- Sentimentos de culpa, vergonha e falha;
- Dificuldade de concentração, atenção e memória;
- Modificações no apetite e no sono;
- Ideação de suicídio.

É necessário reconhecer e pedir ajuda o mais precoce possível.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

8 PUERPÉRIO

B) Mamas:

Inicialmente, existe a produção do colostro. A produção de leite de transição inicia-se por volta do 3-5º dia de puerpério. A quantidade de leite produzido nas 24 horas aumenta com a estimulação provocada quando o recém-nascido mama. Quando esta produção de leite começa, as mamas podem ficar inchadas e doloridas (ingurgitamento mamário), que à medida que a amamentação continua, e a produção de leite se adequa ao bebé, a dor diminui.



Cuidados nesta fase (completar com o capítulo 6. Amamentação):

- Higiene das mamas quando efetua a higiene corporal diária, mantendo a mama e os mamilos secos;
- Utilize um soutien adequado à amamentação;
- Colocar colostro/leite no mamilo no final das mamadas e deixar secar, para promover hidratação e proteção do mesmo;
- Recorrer a apoio na amamentação com profissionais de saúde, caso ocorram dúvidas, medos ou dificuldade na adaptação.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

8 PUERPÉRIO

C) Abdomén

Após o parto, o útero começa a contrair-se para voltar ao seu tamanho normal, adquirindo o seu tamanho habitual entre a quarta e sexta semana pós-parto. Estas contrações podem ser dolorosas, especialmente durante a amamentação, em resposta ao estímulo da sucção, porque ocorre a libertação de ocitocina que estimula as contrações uterinas.

Se parto por cesariana: Existe uma ferida cirúrgica que provoca dor local e limitação de movimentos. O penso é geralmente efetuado no dia da alta hospitalar. Os pontos ou agrafos devem ser removidos passados 8 a 10 dias.

Cuidados:

- Tomar apenas duche de chuveiro, evitando molhar o penso;
- Observar o penso diariamente para perceber se está repassado;
- Evitar levantar pesos ou realizar esforços físicos, contenção da sutura ao tossir ou espirrar.

Sinais de Alerta:

- Sangue ou exsudado amarelado no penso;
- Dor muito intensa nessa região;
- Febre.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

8 PUERPÉRIO

D) Vagina e Períneo

Os lóquios correspondem ao sangramento vaginal fisiológico que surge após o parto, para eliminar o excesso de tecido e sangue do útero. Pode durar várias semanas, mas diminui gradualmente.

Inicialmente, são hemáticos, de cor vermelho vivo ou escuro (até 3º-4º dia) em seguida passam para sero-hemáticos, de cor rosado ou acastanho (serosos – 3º-10º dia) e, por fim, são serosos de cor esbranquiçados ou creme (podem durar de duas a seis semanas). Odor semelhante à menstruação.



Sinais de alarme em relação aos lóquios:

- Coágulos de sangue muito grandes após as primeiras 24 horas pós-parto;
- Não existe diminuição do fluxo, mas sim aumento;
- Odor desagradável/fétido.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

8 PUERPÉRIO

D) Vagina e Períneo

- A vagina retorna ao seu estado normal entre a terceira e a oitava semana pós-parto. A mucosa vaginal fica pouco espessada, com estreitamento e redução da mucosa vaginal, devido à diminuição dos estrogénios. **A episiotomia é uma incisão feita no períneo e a episiorrafia é a sutura dessa incisão** (os pontos caem naturalmente entre o 7.º e o 10.º dia).



Episiotomia



Episiorrafia

Cuidados com episiorrafia:

- Higienizar a região com água corrente e morna; Realizar sempre higiene perineal após evacuar; Usar sabão de pH fisiológico/neutro; Secar muito bem com toalha limpa (sem friccionar); Mudar penso higiênico frequentemente; Evitar sentar sobre a cicatriz; Aplicar gelo se hematoma, edema ou desconforto (devidamente protegido durante alguns minutos e várias vezes ao dia); Vigiar sinais de infecção, edema e hematomas; Recomendado utilizar roupas largas e de fibras naturais.
-
-

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

8 PUERPÉRIO

D) Vagina e Períneo

Incontinência urinária: Durante os primeiros três meses após o parto é considerado normal. Para minimizar, rKeecgoeml (ecnodnatmra-isr ee does conetxrearicrí coiso sm úsculos do períneo, durante a micção e após a micção).



Hemorróidas: São veias dilatadas do canal anal (internas ou externas), que podem causar dor, hemorragia e tumefação. Aparecem durante a gravidez ou no pós-parto devido aos esforços expulsivos durante o parto. Podem agravar-se nesta fase, principalmente se existir obstipação. Cuidados:

- Aplicar gelo local; Aplicar anestésico local em gel ou pomada;
- Tomar banhos sentada em água morna e/ou fria (se cesariana, não recomendado); Ao sentar, pode-se utilizar uma almofada apropriada;
- Redução das hemorróidas: reintroduzir as hemorroidas no ânus com a ajuda de um dedo, ficando deitada lateralmente para um dos lados.
-

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

8 PUERPÉRIO

D) Vagina e Períneo

Obstipação: queixa frequente no pós-parto, com presença de dor ao evacuar.

Cuidados:

- Hidratação oral de pelo menos 1,5l/dia;
- Alimentação rica em fibras (vegetais verdes e crus, fruta fresca com casca, cereais integrais);
- Retoma de atividade física ligeira diária e exercício físico ligeiro, como pequenas caminhadas.

E) Sistema Musculo-Esquelético

O corpo da mulher experienciou uma série de mudanças durante a gravidez, de forma a acomodar o bebé durante o seu desenvolvimento. Após o parto, as costas podem ficar doloridas à medida que os músculos e ligamentos voltam ao lugar. Os músculos pélvicos e as suas fáscias sofrem um estiramento excessivo. Após o parto, a parede abdominal mantém-se distendida, podendo demorar até seis a sete semanas para recuperar. Os músculos pélvicos cerca de 6 meses, podendo este período ser variável e muito dependente dos cuidados da mulher no período pós-parto.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

8 PUERPÉRIO

E) Sistema Musculo-Esquelético

Cuidados que favorecem o retorno do sistema musculo-esquelético à normalidade:

- Amamentar: contração do útero e recuperação abdominal;
- Alimentação equilibrada, sem dietas radicais; Adotar boa postura;
- Realização de **exercícios físicos suaves nos primeiros dias após o parto** (contrair os músculos abdominais alguns segundos na expiração e em seguida relaxar), de forma a tonificar a musculatura abdominal (prevenção fásia abdominal); **Praticar exercícios pós-parto:** podem iniciar-se 2 semanas após parto normal, e cerca de 6 semanas após cesariana. Poderá ser praticado natação, hidroginástica, pilates ou caminhadas. Estes exercícios fortalecem a musculatura abdominal e pélvica e diminuem a flacidez, favorecem a sustentação da bexiga e intestinos (prevenindo incontinência), o que aumentará a autoestima e a autoconfiança. Importante realizar alongamentos após o exercício.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

8 PUERPÉRIO

Contraceção

A ovulação pode ocorrer 27 dias após o parto, ou seja, 14 dias antes de aparecer a menstruação, existindo assim risco de engravidar. 90% das mulheres volta a ter menstruação à 24ª semana pós-parto.

Método Contraceutivo	Informações	Início da contraceção			
		Aleitamento Exclusivo	Aleitamento Misto	Aleitamento Artificial	Aleitamento
Amenorreia lactacional	A amamentação tem que ser exclusiva até aos 6 meses, com mamadas diurnas e noturnas, com intervalo não superior a 6 h.	Imediatamente após o parto.	Não se aplica.		
Dispositivo intrauterino de cobre - DIU	Contraceptivos mecânicos, não hormonais. Reação inflamatória no endométrio por ação do cobre, que inibe a mobilidade e sobrevivência dos espermatozoides.	Nas primeiras 48 horas ou a partir da 4ª semana pós-parto.			
Dispositivo intrauterino com levonorgestrel	Levonorgestrel não interfere com a produção de leite nem com o desenvolvimento do recém-nascido.	Aplicado entre a 4ª – 6ª semana.			

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

8 PUERPÉRIO

Contraceção

Método Contraceutivo	Informações	Início da contraceção		
		Aleitamento Exclusivo	Aleitamento Misto	Aleitamento Artificial
Contraceptivo oral combinado (COC)	Contêm apenas uma hormona – Progesterona. A contraceção hormonal oral é a chamada “pílula de amamentação”, que não tem interrupções de 7 dias (toma contínua).	6ª semana após o parto.	6ª semana após o parto.	21º dia após o parto.
Anel vaginal				
Adesivo				
Progestativo Oral (Pílula)		6 semanas após o parto.		De imediato.
Injetável trimestral				
Implante subcutâneo				
MBétoardreioisra de	Preservativos e Meamsieuln	retorImnoe ddiaast aséésegñe tee sa p		

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

8 PUERPÉRIO

Contraceção

Método Contracetivo		Início da contraceção		
		Aleitamento Materno Exclusivo	Aleitamento Materno Misto	Aleitamento Artificial
Métodos Naturais	Observação Muco		Apenas após 3 ciclos menstruais regulares.	
	Calendário			
Vasectomia		Imediatamente		
Laqueação de Trompas		Nos primeiros 7 dias ou a partir da 6ª semana pós-parto		



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

8 PUERPÉRIO

Sexualidade

Reestruturação da imagem corporal: No puerpério, a vivência da sexualidade é muito complexa, e relaciona-se com diminuição do bem-estar biológico, psicológico, conjugal e familiar. As mulheres podem não se sentir bem com a sua própria imagem e, por isso, sentirem dificuldade em regressar à imagem anterior à gravidez.

Reestruturação de identidade feminina: A alteração do seu papel para mãe é uma das maiores dificuldades encontradas pelas mulheres no período pós-parto, devido às questões sociais, culturais e estéticas.

Reestruturação da sexualidade: Os medos associados à recuperação física, às tarefas parentais e a preocupação com a maternidade são obstáculos à sexualidade satisfatória, pois o companheiro e a mulher focam-se apenas no bebé, e não um no outro.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

8 PUERPÉRIO

Sexualidade

Preocupações que interferem na sexualidade no pós-parto:

- Dor e desconforto;
- Privação de sono;
- Falta de tempo;
- Falta de interesse no parceiro;
- Mudanças físicas do corpo materno;
- Redução da libido;
- Diminuição da lubrificação;
- Presença do recém-nascido no quarto;
- Medo de uma nova gravidez.

A relação sexual pode ser reiniciada com segurança quando:

- Terminam os lóquios;
- A incisão da episiotomia cicatrizar;
- A mulher se sentir disposta a.

8 PUERPÉRIO

Sexualidade

O reinício da atividade sexual varia de mulher para mulher, devendo ocorrer quando o casal se sentir preparado e confortável. É seguro reiniciar aproximadamente 4 semanas após o parto (antes existe risco de hemorragia e infecção), desde que estejam assegurados os aspetos anteriormente referidos. Se diminuição da lubrificação vaginal: pode-se recorrer a um lubrificante vaginal.

Cada pessoa leva o seu tempo!

O mais importante é retomar a vida sexual quando o casal se sentir preparado e confortável. Com o nascimento do bebé, a relação entre casal não deverá ser negligenciada, sendo fulcral a comunicação. O pai deve ser envolvido nas tarefas, com partilha de responsabilidades.



8 PUERPÉRIO

Consulta Revisão de Parto

No puerpério que decorra sem complicações, ou desvios da normalidade, preconiza-se: uma consulta a realizar entre a 4ª e a 6ª semanas após o parto.

Consulta de puerpério precoce (até ao 15º dia pós-parto) se:

- Extremos da idade reprodutiva;
- Necessidade de avaliação de ferida cirúrgica;
- Remoção de material de sutura;
- Dificuldades no estabelecimento e manutenção do aleitamento materno;
- Situações de risco sinalizadas pelo hospital.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

8 PUERPÉRIO

Sinais de alarme durante o puerpério

- Febre;
- Aumento da hemorragia vaginal;
- Corrimento vaginal com cheiro fétido;
- Desconforto, dor ou incapacidade de urinar;
- Dor intensa nas mamas, na episiorrafia ou na ferida cirúrgica abdominal;
- Penso da ferida repassado;
- Início súbito de dor e edema nos membros inferiores;
- Dificuldade em respirar;
- Puérpera/companheiro sentirem-se muito tristes e angustiados durante a maior parte do dia.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

8 PUERPÉRIO

Visitas ao Recém-Nascido

- Só devem ser permitidas visitas ao familiares e amigos muito chegados; As visitas devem ser combinadas, antecipadas por um telefonema, sem surpresas e sem tocar à campainha; Devem ser rápidas, para que os pais possam descansar; Não devem existir conselhos inconveniente e palpites; Não beijar, tocar, respirar perto do bebé e não deixar que crianças pequenas estejam muito próximas, para evitar infeções graves; Lavar sempre as mãos e utilizar solução de álcool gel; Recomendado usar máscara nos primeiros trinta dias do bebé; Não pedir para agarrar o bebé ao colo; Nunca acordar o bebé; Se existirem sinais/sintomas de doença, não visitar o bebé.
-
-
-
-
-



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

9 MATERNIDADE E PARENTALIDADE



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

9 MATERNIDADE E PARENTALIDADE

Sistema Nacional de Saúde

Serviço Nacional de Saúde

O que oferece?

- ISENÇÃO DE TAXAS MODERADORAS - Decreto-Lei n.º 113/2011 - Diário da República n.º 229/2011, Série I de 2011-11-29 (Artigo 4º); Médico de Família / Recurso; Consulta de Saúde Materna;
- UCC Nostra Pontinha- Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade; Cuidados de Saúde Hospitalares.
-
-



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

9 MATERNIDADE E PARENTALIDADE

Proteção Social

Segurança Social

O que oferece?

Subsídio por risco clínico durante a gravidez:

- Subsídio atribuído à trabalhadora, durante a gravidez, com vista a substituir o rendimento de trabalho perdido, em caso de risco clínico para a grávida ou para o nascituro. Condições de atribuição:
 - Estar Grávida;
 - Ser residente em Portugal ou equiparado a residente;
 - Prazo de Garantia ou Condição de recurso.
- Necessário:
 - Aceder à Segurança Social Direta;
 - Preencher o Mod.RP5051-DGSS.



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

9 MATERNIDADE E PARENTALIDADE

Proteção Social

Segurança Social

O que oferece?

Subsídio Social por riscos específicos:

- Subsídio atribuído à trabalhadora grávida, puérpera e lactante que na sua atividade profissional desempenhe trabalho noturno ou se encontre exposta a riscos específicos que prejudiquem a sua segurança e saúde, desde que o empregador não lhe possa distribuir outras tarefas. Condições de atribuição:
 -
 - Estar Grávida;
 - Ser residente em Portugal ou equiparado a residente;
 - Prazo de Garantia ou Condição de recurso.
- Necessário:
 - Aceder à Segurança Social Direta;
 - Preencher o Mod.RP5051-DGSS.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

9 MATERNIDADE E PARENTALIDADE

Proteção Social

Segurança Social

O que oferece?

Abono de Família Pré-Natal

- Prestação atribuída à mulher grávida, mediante rendimentos do agregado familiar, que pode requerer a partir da 13.ª semana de gestação, sendo necessário apresentar prova clínica da gravidez à segurança social. Condições de atribuição:
 -
 - Estar Grávida;
 - Ser residente em Portugal ou equiparado a residente;
 - Prazo de Garantia ou Condição de recurso.
- Necessário:
 - Aceder à Segurança Social Direta; Preencher
 - Mod.RP5045-DGSS e Mod.GF44-DGSS. O pagamento desta
 - prestação é feito a partir do mês seguinte à 13ª Semana até à 40ª Semana de gestação ou data do parto (6 meses).

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

9 MATERNIDADE E PARENTALIDADE

Proteção Social

Segurança Social

O que oferece?

Subsídio Social Parental

- O subsídio parental é um valor em dinheiro que é pago ao pai ou à mãe ou a outros titulares do direito de parentalidade, que estão de licença (podem faltar ao trabalho) por nascimento de filho e destina-se a substituir os rendimentos de trabalho perdidos durante o período de licença. O período entre os 120 dias e os 150 dias pode ser gozado em simultâneo pelo pai e pela mãe. Condições de atribuição:
- - Ter prazo de garantia de 6 meses civis, seguidos ou interpolados, com registo de remunerações, à data do impedimento para o trabalho ou Condição de Recurso.
- Necessário:
 - Aceder à Segurança Social Direta;
 - Preencher o formulário Mod.RP5049-DGSS.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

BIBLIOGRAFIA

- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (n.d.). A escolha da cadeirinha adequada. Disponível em <https://apsi.org.pt/index.php/pt/component/content/article/2-uncategorised/234-a-escolha-da-cadeirinha-adequada> Associação
- Saúde Integral. (2018). Cuidar - Guia de Atenção Integral à Saúde do Recém-Nascido [PDF]. Disponível em <http://cuidar.asiav.pt/ebook/cuidar.pdf> Centro Hospitalar
- Universitário de São João (2023). Pós-Parto. <https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/425> CUF. (2015). Cólicas no bebê: Aprenda a aliviá-las. Disponível em <https://www.cuf.pt/mais-saude/colicas-no-bebe-aprenda-alivia-las> Direção Geral de Saúde
- (2008). Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-reprodutiva-planeamento-familiar-orientacoes-tecnicas-9-edicao-revista-e-actualizada-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2008). Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Disponível em https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- Direção Geral de Saúde (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Disponível em <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx> Dutra, L., Araújo, A., & Micussi, M. (2019). Terapias não farmacológicas para analgesia no pós-parto: uma revisão sistemática. Brazilian Journal of Pain, 2(1). DOI: 10.5935/2595-0118.20190014 Graça, L. (2017). Medicina Materno Fetal (5ª Edição). LIDEL- Edições Técnicas.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

BIBLIOGRAFIA

- Hospital Lusíadas. (n.d.). Acidentes no primeiro ano de vida: como evitá-los. Disponível em <https://www.lusiadas.pt/blog/criancas/bebes/acidentes-primeiro-ano-vida-como-evitar>
- Hospital Lusíadas. (n.d.). Cinco mitos sobre cólicas do bebê. Disponível em <https://www.lusiadas.pt/blog/criancas/bebes/cinco-mitos-sobre-colicas-bebe>
- Instituto Nacional de Emergência Médica. (2022). Suporte Básico de Vida Pediátrico [PDF]. Disponível em <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2022/10/Manual-SBV-Ped-26Out22.pdf>
- Lei nº 72/2013 - Artigo 55º (Código da Estrada), Diário da República n.º 169/2013, Série I de 2013-09-03
- Lisboa A. & Madureira, M. (2016, outubro 24). Cuidados Pós-Parto. http://www.metis.med.up.pt/index.php/Cuidados_P%C3%B3s-Parto
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2006). Enfermagem na Maternidade (7ª edição). Loures: Lusodidacta.
- Ministério da Saúde. (2011). Orientações para a organização e funcionamento das unidades de cuidados de saúde personalizados. Reforma dos cuidados de saúde primários. Coordenação estratégica. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/orientacoes-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-de-saude-personalizados-pdf.aspx>
- Mkontwana N, Novikova N. (2015). Oral analgesia for relieving post-caesarean pain. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD010450.pub2 Mohrbacher, N. (2020). Breastfeeding Answers – A guide for helping families (2ª Edição). Nancy Mohrbacher Solutions, <https://www.researchgate.net/publication/347203425> Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2018). Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa, Portugal: Lidel.

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

BIBLIOGRAFIA

- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, 2.ª Série, N.º 35, p.8662-8666. Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: 2ª Série, n.º 26, p. 4744-4750. Ordem dos Enfermeiros (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em
- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assembleia do Colégio da Especialidade de

Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-esmo.pdf

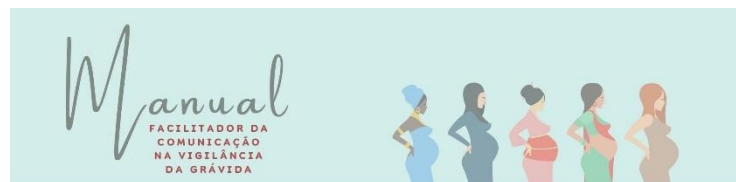
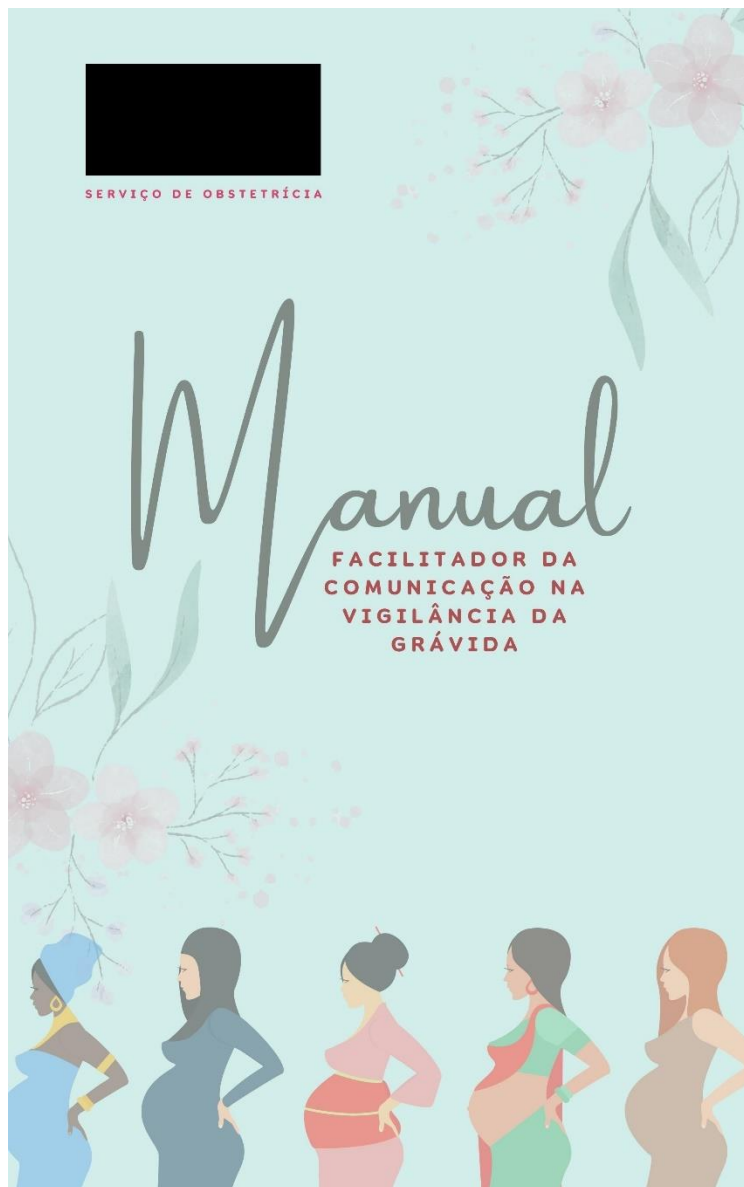
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). Programa Nacional de Vacinação 2020 [PDF]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>
- Pincho, C. (2018). Amamentar – a escolha natural para o seu bebé (1ª edição). Livros Horizonte.
- Rasteiro, R., Santos, E., & Coutinho, E. (2021). Necessidades e RPrevoiscãuopaternas no Período Pós-Parto: Sistemática da Literatura. New Trends in Qualitative Research, 8, 817–827. DOI: 10.36367/ntqr.8.2021.817-827
- Sequeira, A.; Pousa, O.; Amaral, C. (2020). Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica”. Lidel – Edições Técnicas Lda., ISBN: 978-989-752-416-5, 1ª Edição. Siqueira, L. K. R., Melo, M. C. P. de, & Moraes, R. J. L. de. (2019). Pós-parto e sexualidade: perspectivas e ajustes maternos. Revista De Enfermagem Da UFSM, 9, e58. DOI: 10.5902/2179769233495

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO E PARENTALIDADE

BIBLIOGRAFIA

- Sistema Nacional de Saúde (2023). Puerpério: o que a mãe deve saber. <https://www.chts.min-saude.pt/mais-saude/a-mae-e-o-bebe-as-primeiras-semanas/puerperio-o-que-a-mae-deve-saber/>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). Cuidados Gerais ao Recém-Nascido Saudável. Recomendação / Consenso. Edição n.º 1 / 2022. Disponível em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saud%C3%A1vel.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2021). Folheto - Saúde Materna e Infantil [PDF]. Disponível em http://criancaefamilia.spp.pt/media/139574/folheto_SMS_SPP-1-.pdf Tomasoni, T., Silva, J., Bertotti, T., Perez, J., Korelo, R., &
- Gallo, R. (2020). Intensidade de dor e desconfortos puerperais imediatos. Brazilian Journal of Pain, 3(3). DOI: 10.5935/2595-0118.20200047
- UNICEF. (2012). Manual de Aleitamento Materno. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Unidade Local de Saúde do Minho. (2016). Guia Infantil [PDF]. Disponível em https://www.ulsm.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/16/2018/02/Guia-Infantil_2016.pdf Instru%C3%A7%C3%A3o%20de%20Trabalho%20E2%80%9CPromover%20a%20pr%C3%A1tica%20segura%20do%20contacto%20pele%20a%20pele%20nas%20primeiras%20horas%20de%20vida%20E2%80%9D,%20CUF
- World Health Organization (2021). Cuidados de saúde primários. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- World Health Organization and UNICEF (2003). Global strategy for infants and young child feeding. Geneva.

APÊNDICE 12: Manual Facilitador da Comunicação com a Grávida

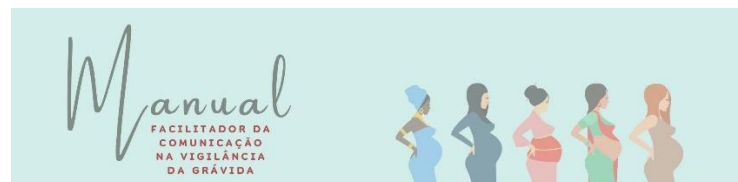
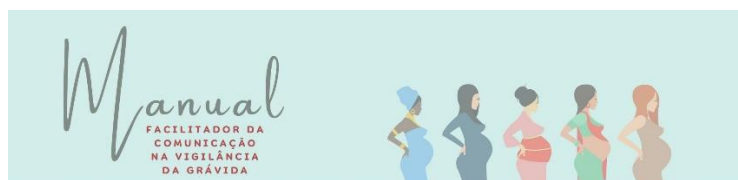


ÍNDICE

PÁG. TEMÁTICA

- 4.... PRESSÃO ARTERIAL
- 5.... GLICÉMIA CAPILAR
- 6.... CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO
- 7.... ANÁLISES DE SANGUE
- 8.... TERAPÊUTICA
 - 8.... Hidratação
 - 9.... Antibiótico Endovenoso
 - 10.... Analgésica
- 11.... CERVICOMETRIA
- 12.... CARDIOTOCOGRAFIA
- 13.... INDUÇÃO DO TRABALHO PARTO
 - 13.... Oral
 - 14.... Jugal
 - 15.... Fundo Saco Posterior
 - 16.... Balão Cervical
- 17.... BOLA PILATES
- 18.... CAMINHADA
- 19.... DUCHE
- 20.... ECOGRAFIA
- 21.... CONSULTAS E EXAMES EXTRA-HOSPITALARES





IDIOMAS

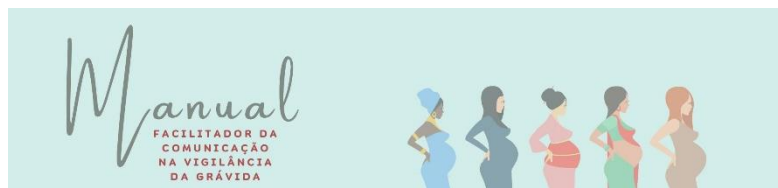
1. INGLÊS
2. FRANCÊS
3. ALEMÃO
4. ROMENO
5. RUSSO
6. INDONÉSIO
7. CRIOULO
8. URDU (PAQUISTÃO)
9. HÍNDI (ÍNDIA)
10. CHINÊS
11. JAPONÊS



PRESSÃO ARTERIAL

1. BLOOD PRESSURE
2. PRESSION ARTÉRIELLE
3. BLUTDRUCK
4. TENSIUNE ARTERIALA
5. АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ
6. TEKANAN DARAH
7. TENSION
8. بِلْدْ پَرِشَر
9. रक्त चाप
10. 血壓
11. 血圧



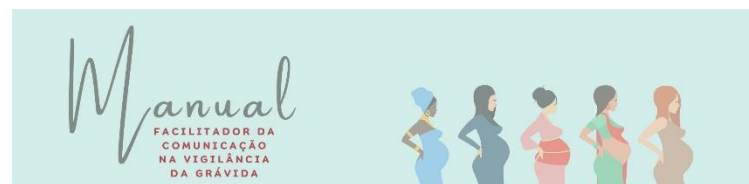


GLICÉMIA

1. GLYCEMIA - BLOOD SUGAR
2. GLYCÉMIE
3. GLYKÄMIE-BLUTZUCKER
4. GLICEMIE-ZAHÄR DIN SÂNGE
5. ГЛИКЕМИЯ-УРОВЕНЬ САХАРА В КРОВИ
6. GLIKEMIA - GULA DARAH
7. AÇUCAR NA SANGUE
8. گلیسیمیا - بلڈ شوگر
9. ग्लाइसेमिया - रक्त शर्करा
10. 血糖-血糖
11. 血糖-血糖値



5



CATETER VENOSO PERIFÉRICO

1. VENOUS CATHETER
2. CATHÉTER VEINEUX
3. VENENKATHETER
4. CATETER VENOS
5. ВЕНОЗНЫЙ КАТЕТЕР
6. KATETER VENA
7. GÚDJA NA VEIA
8. كیٹھٹر وینا
9. शिरापरक कैथेटर
10. 靜脈導管
11. 静脈カテーテル



6

Manual

FACILITADOR DA
COMUNICAÇÃO
NA VIGILÂNCIA
DA GRÁVIDA



ANÁLISES DE SANGUE

1. BLOOD TESTS
2. DES ANALYSES DE SANG
3. BLUTTESTS
4. ANALIZE DE SANGE
5. АНАЛИЗЫ КРОВИ
6. TES DARAH
7. ANÁLISE DE SANGUI
8. خون کے ٹیسٹ
9. रक्त परीक्षण
10. 驗血
11. 血液検査



7

Manual

FACILITADOR DA
COMUNICAÇÃO
NA VIGILÂNCIA
DA GRÁVIDA

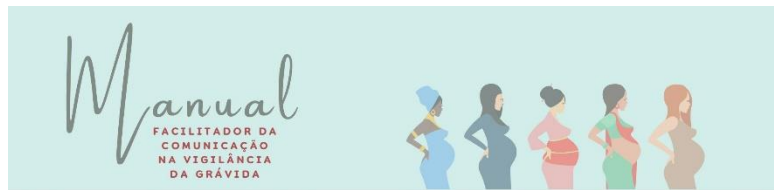


TERAPÊUTICA - HIDRATAÇÃO

1. INTRAVENOUS HYDRATION
2. HYDRATATION INTRAVEINEUSE
3. INTRAVENÖSE FLÜSSIGKEITSZUFUHR
4. HIDRATARE INTRAVENOASĂ
5. ВНУТРИВЕННАЯ ГИДРАТАЦИЯ
6. HIDRASI INTRAVENA
7. SORO PA TORNA IAGU NA CURPO
8. نس میں ہائیڈریشن
9. अंतःशिरा जलयोजन
10. 靜脈補液
11. 静脈内水分補給



8



ANTIBIÓTICO ENDOVENOSO

1. INTRAVENOUS ANTIBIOTIC
2. ANTIBIOTIQUE INTRAVEINEUX
3. INTRAVENÖSES ANTIBIOTIKUM
4. ANTIBIOTIC INTRAVENOS
5. ВНУТРИВЕННЫЙ АНТИБИОТИК
6. ANTIBIOTIK INTRAVENA
7. MENSINHU DENTRO DI VEIA
8. نس میں اینڈی بائیوٹک
9. अंतःशिरा एंटीबायोटिक
10. 靜脈注射抗生素
11. 抗生物質の静脈内投与



9



TERAPÊUTICA ANALGÉSICA

1. PAIN MEDICATION
2. ANALGÉSIQUE
3. SCHMERZMITTEL
4. MEDICAMENTE PENTRU DURERE
5. БОЛЕУТОЛЯЮЩЕЕ СРЕДСТВО
6. OBAT NYERI
7. MENSINHU DI CALMA DUR
8. درد کی ادویات
9. दर्द की दवाई
10. 止痛藥
11. 鎮痛藥



10

Manual

FACILITADOR DA
COMUNICAÇÃO
NA VIGILÂNCIA
DA GRÁVIDA



CERVICOMETRIA

1. VAGINAL TOUCH
2. TOUCHER VAGINAL
3. VAGINALE BERÜHRUNG
4. ATINGERE VAGINALA
5. ВАГИНАЛЬНОЕ ПРИКОСНОВЕНИЕ
6. SENTUHAN VAGINA
7. DEDOS DENTRO DI FEMIANDADI
8. اندام نہانی لمس
9. योनि स्पर्श
10. 陰道觸摸
11. 膺の接触



11

Manual

FACILITADOR DA
COMUNICAÇÃO
NA VIGILÂNCIA
DA GRÁVIDA

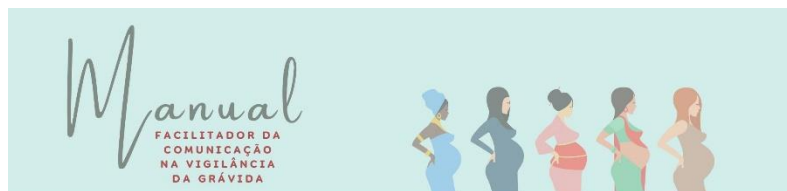


CARDIOTOCOGRAFIA

1. CARDIOTOCOGRAPHY - FETAL HEARTBEAT UTERINE CONTRACTION
2. CARDIOTOCOGRAPHIE - RYTHME CARDIAQUE FŒTAL CONTRACTION UTERINE
3. KARDIOTOKOGRAFIE - FETALER HERZSCHLAG UTERUSKONTRAKTION
4. CARDIOTOCOGRAFIE - BĂTĂI ALE ÎNIMII FETALE CONTRACȚIA UTERINĂ
5. КАРДИОТОКОГРАФИЯ - СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПЛОДА СОКРАЩЕНИЕ МАТКИ
6. KARDIOTOKOGRAFI - DETAK JANTUNG JANIN KONTRAKSI RAHIM
7. VAPARELHO DI ESCUTA CORSON DI MININO DENTRO DI MAME
8. کارڈیوٹوکوغرافی - جنین کے دل کی دھڑکن - بچہ دانی کا سنکچن
9. कार्डियोटोकोग्राफी - भ्रूण के दिल की धड़कन - गर्भाशय संकुचन
10. 胎心率 - 胎兒心跳 子宮收縮
11. 心電圖檢查 - 胎兒的心拍數 - 子宮收縮



12

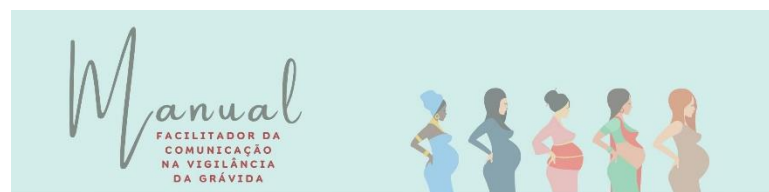


INDUÇÃO DO TRABALHO PARTO ORAL

1. INDUCTION OF LABOR - TABLETS
2. DÉCLENCHEMENT DU TRAVAIL - PILULES
3. WEHENEINLEITUNG - PILLEN
4. INDUCEREA TRAVALIULUI - PASTILE
5. ИНДУКЦИЯ РОДОВ - ТАБЛЕТКИ
6. INDUKSI PERSALINAN - PIL
7. DJUDA NA TRABADJO DI PARTO KU KOMPRIMODO
8. لیپر انڈکشن - گولیاں
9. श्रम प्रेरण - गोलीयाँ
10. 引産 - 藥丸
11. 陣痛誘発 - 錠剤



13



INDUÇÃO DO TRABALHO PARTO JUGAL

1. INDUCTION OF LABOR - CHEEK
2. INDUCTION DU TRAVAIL - JOUE
3. EINLEITUNG DER WEHEN - WANGE
4. INDUCEREA TRAVALIULUI - OBRAZ
5. ИНДУКЦИЯ РОДОВ - ЩЕКА
6. INDUKSI PERSALINAN - PIPI
7. DJUDA NA TRABADJO DI PARTO KU KOMPRIMODO NA BOTXETXA
8. لیپر انڈکشن - گال
9. श्रम प्रेरण - गाल
10. 引产 - 脸颊
11. 陣痛誘発 - 頬



14

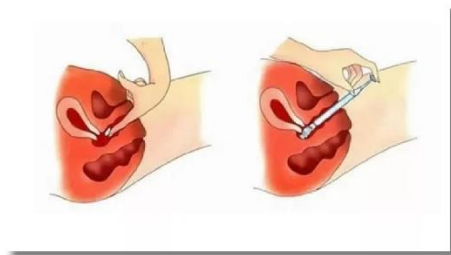
Manual

FACILITADOR DA
COMUNICAÇÃO
NA VIGILÂNCIA
DA GRÁVIDA



INDUÇÃO DO TRABALHO PARTO FUNDO SACO POSTERIOR

1. INDUCTION OF LABOR -MEDICATION IN THE VAGINA
2. DÉCLENCHEMENT DU TRAVAIL-MÉDICAMENTS DANS LE VAGIN
3. WEHENEINLEITUNG - MEDIKAMENTE IN DER VAGINA
4. INDUCEREA TRAVALIULUI - MEDICAȚIE ÎN VAGIN
5. ИНДУКЦИЯ РОДОВ-ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТА ВО ВЛАГАЛИЩЕ
6. INDUKSI PERSALINAN - PENGOBATAN DI VAGINA
7. MENSINHU DI DJUDA NA HORA DI PADI
8. لیبر انڈکشن - اندام نہانی میں دوائی
9. प्रसव प्रेरण - योनि में दवा
10. 引産 - 陰道内薬物
11. 陣痛誘発 - 膣内での薬剤投与



15

Manual

FACILITADOR DA
COMUNICAÇÃO
NA VIGILÂNCIA
DA GRÁVIDA

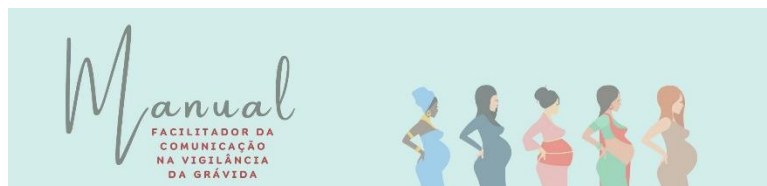


INDUÇÃO DO TRABALHO PARTO BALÃO CERVICAL

1. INDUCTION OF LABOR - LATÉX BALLOON
2. DÉCLENCHEMENT DU TRAVAIL - BALLON EN LATEX
3. WEHENEINLEITUNG - LATEXBALLON
4. INDUCEREA TRAVALIULUI - BALON DIN LATEX
5. ИНДУКЦИЯ РОДОВ - ЛАТЕКСНЫЙ БАЛЛОН
6. INDUKSI PERSALINAN - BALON LATEKS
7. BOLA DI DJUDA NA HORA DI PADI
8. لیبر انڈکشن - لیٹیکس بالون
9. श्रम प्रेरण - लेटेक्स गुब्बारा
10. 引産-乳膠氣球
11. 分娩誘発 - ラテックスバルーン



16

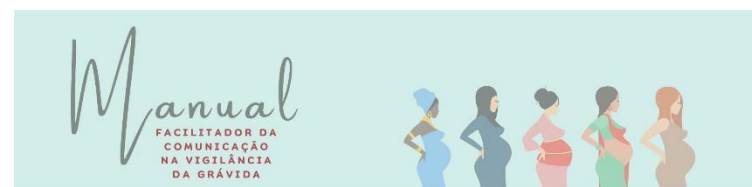


BOLA PILATES

1. PILATES BALL
2. BALLE DE PILATES
3. PILATES-BALL
4. MINGE DE PILATES
5. ПИЛАТЕС МЯЧ
6. BOLA PILATES
7. BOLA DI EXERCICIO FISICO PA PRENHADA
8. پېليٹس گیند
9. पिलेट्स बॉल
10. 普拉提球
11. ピラティスボール



17

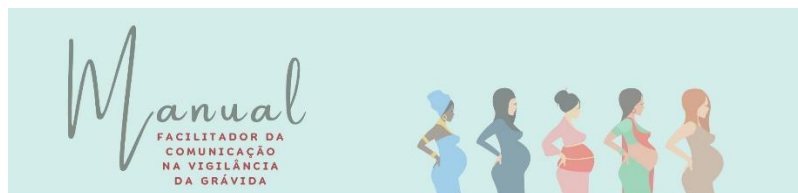


CAMINHAR

1. TO WALK
2. MARCHER
3. GEHEN
4. A MERGE
5. ГУЛЯТЬ
6. BERJALAN
7. IANDA
8. چلنا
9. चलने के लिए
10. 走
11. 歩く

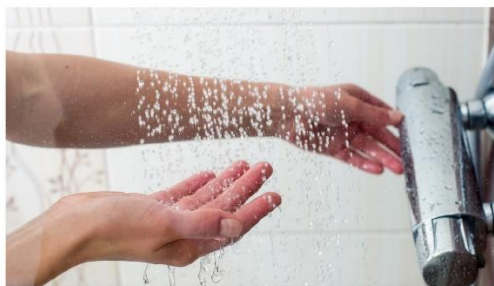


18

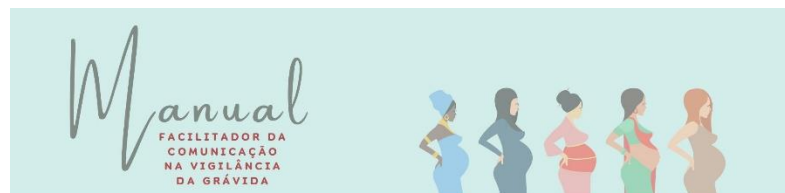


DUCHE

1. SHOWER
2. DOUCHE
3. DUSCHE
4. DUŞ
5. ДУШ
6. MANDI
7. SABON
8. شاور
9. फव्वारा
10. 淋浴
11. シャワー



19



ECOGRAFIA

1. ULTRASOUND
2. ULTRASON
3. ULTRASCHALL
4. ECOGRAFIE
5. УЛЬТРАЗВУК
6. ULTRASONOGRAFI
7. MAQUINA PA DJUBI MININU DENTRU BARIGA DI MAME
8. الترأساؤنڈ
9. अल्ट्रासाउंड
10. 超音波
11. 超音波



20



CONSULTAS E EXAMES EXTRA-HOSPITALARES

1. OUT-OF-HOSPITAL CONSULTATIONS/EXAMS
2. CONSULTATIONS/EXAMENS EXTRA-HOSPITALIERS
3. AUSSERKLINISCHE KONSULTATIONEN/UNTERSUCHUNGEN
4. CONSULTAȚII/EXAMENE ÎN AFARA SPITALULUI
5. ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ КОНСУЛЬТАЦИИ/ОБСЛЕДОВАНИЯ
6. KONSULTASI/UJIAN DI LUAR RUMAH SAKIT
7. CONSULTA E EXAMES NA OTO HOSPITAL
8. سہتال سے باہر مشاورت / امتحانات
9. अस्पताल से बाहर परामर्श/परीक्षा
10. 院外咨询/检查
11. 院外診察・検査



21

**POLITÉCNICO
DE SANTARÉM**
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA

TRABALHO ELABORADO:
ENFERMEIRA LÚCIA NEVES BRAGA

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
no âmbito do Estágio em Materno-Fetal, realizado no Serviço de Obstetrícia.

Sob Orientação: Enfermeira Especialista [REDACTED]
Professora Conceição Santiago

JANEIRO 2024

APÊNDICE 13: Comunicação oral no Internacional Seminar Sexual Education:
Promoting European Health

INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH

9º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica
SEMINÁRIO INTERNACIONAL
"EDUCAÇÃO SEXUAL: PROMOVER A SAÚDE EUROPEIA"

Relato de Experiência – Ensino Clínico e Missão de Voluntariado na Guiné-Bissau

Prof. Açucena Guerra
Prof. Conceição Santiago
Cláudia Lopes
Lúcia Braga



INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH



Objetivo da Sessão



- Apresentar a experiência vivida de estágio de vigilância pré-natal no âmbito de um programa desenvolvido por uma ONG "Hope for Fulanis".



INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH

+HOPE
HOPE FOR FULANIS



Missão

Associação para o desenvolvimento sustentável, que tem por finalidade a ajuda humanitária nas mais diversas áreas:

Saúde

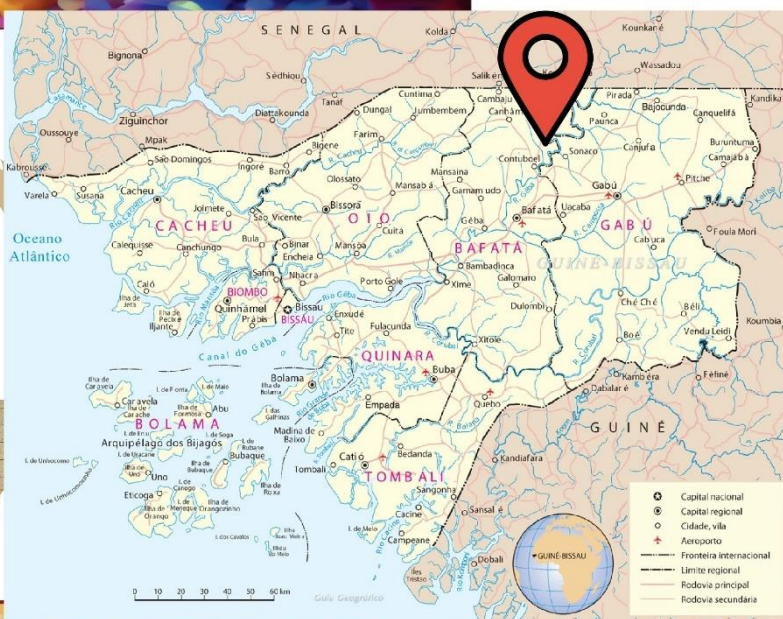
Educação

Nutrição infantil

Formação profissional

Captação de água potável

Tabanane



INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH

Desenvolvimento de competência no âmbito da vigilância da grávida e puerpério.



Pretendeu-se que esta oportunidade permitisse desenvolver a competência cultural, enunciada no Modelo teórico de Campinha-Bacote (2002), através dos seus elementos imprescindíveis:

- **Consciência Cultural;**
- **Conhecimento cultural**
- **Encontros culturais;**
- **Desejo cultural.**

A competência cultural é um processo que exige um esforço contínuo.



(Campinha-Bacote, 2011)

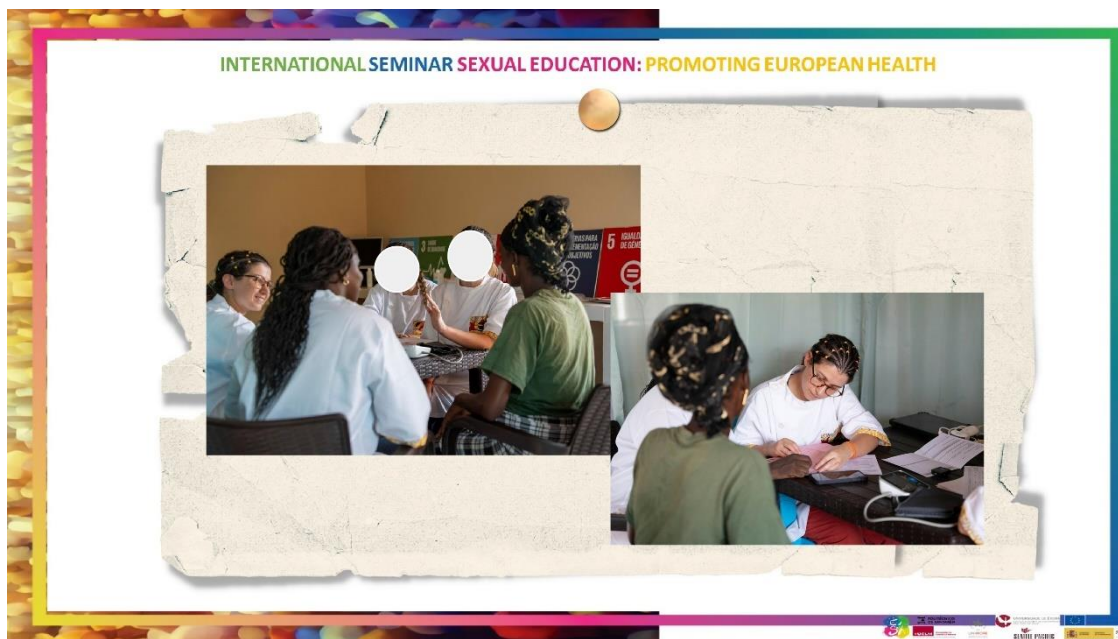
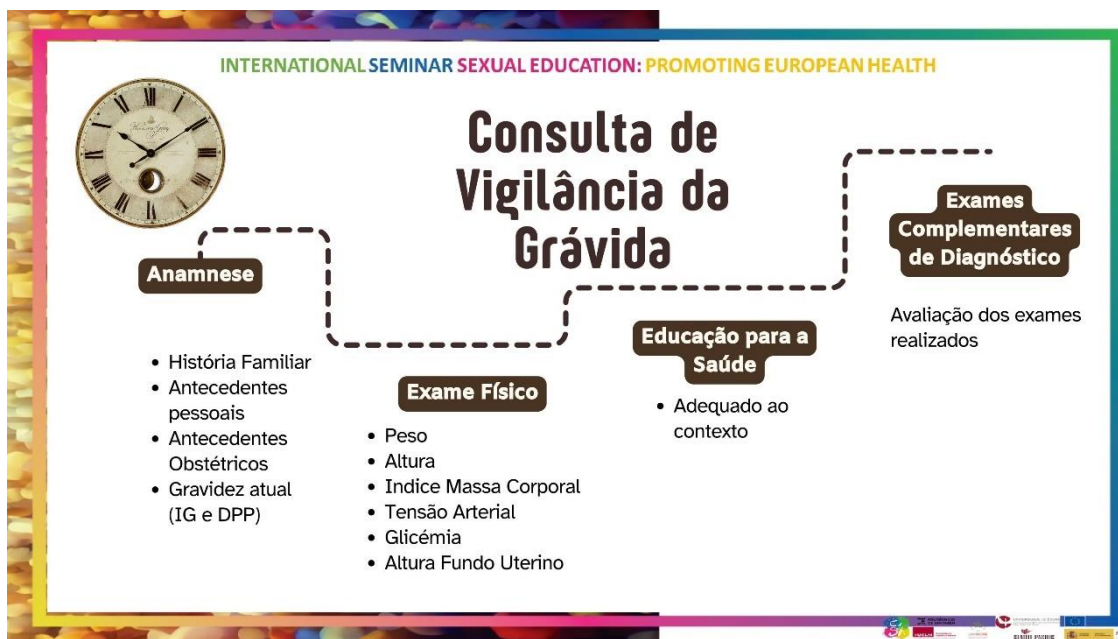
INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH



EEESMO



Parteira



INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH



INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH



INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH



INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH



INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH

Realidade

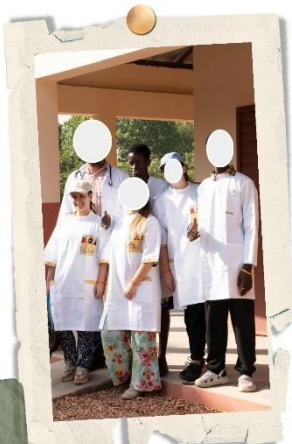
- ✦ Planeamento familiar inexistente
- ✦ Dieta insuficiente
- ✦ Esforço físico diário
- ✦ Taxa de VIH elevada
- ✦ Partos na comunidade
- ✦ Mutilação genital feminina



INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH



INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH



Maravilhoso

Experiência muito rica a nível pessoal e profissional, que proporcionou o desenvolvimento da competência cultural referida por Campinha-Bacote (2011), imprescindível na prestação de cuidados de excelência do EESMO.

INTERNATIONAL SEMINAR SEXUAL EDUCATION: PROMOTING EUROPEAN HEALTH

Competência Cultural

Competências Específicas do EEESMO

Prestação de cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis, e de acordo com as necessidades da população (OE, 2011).

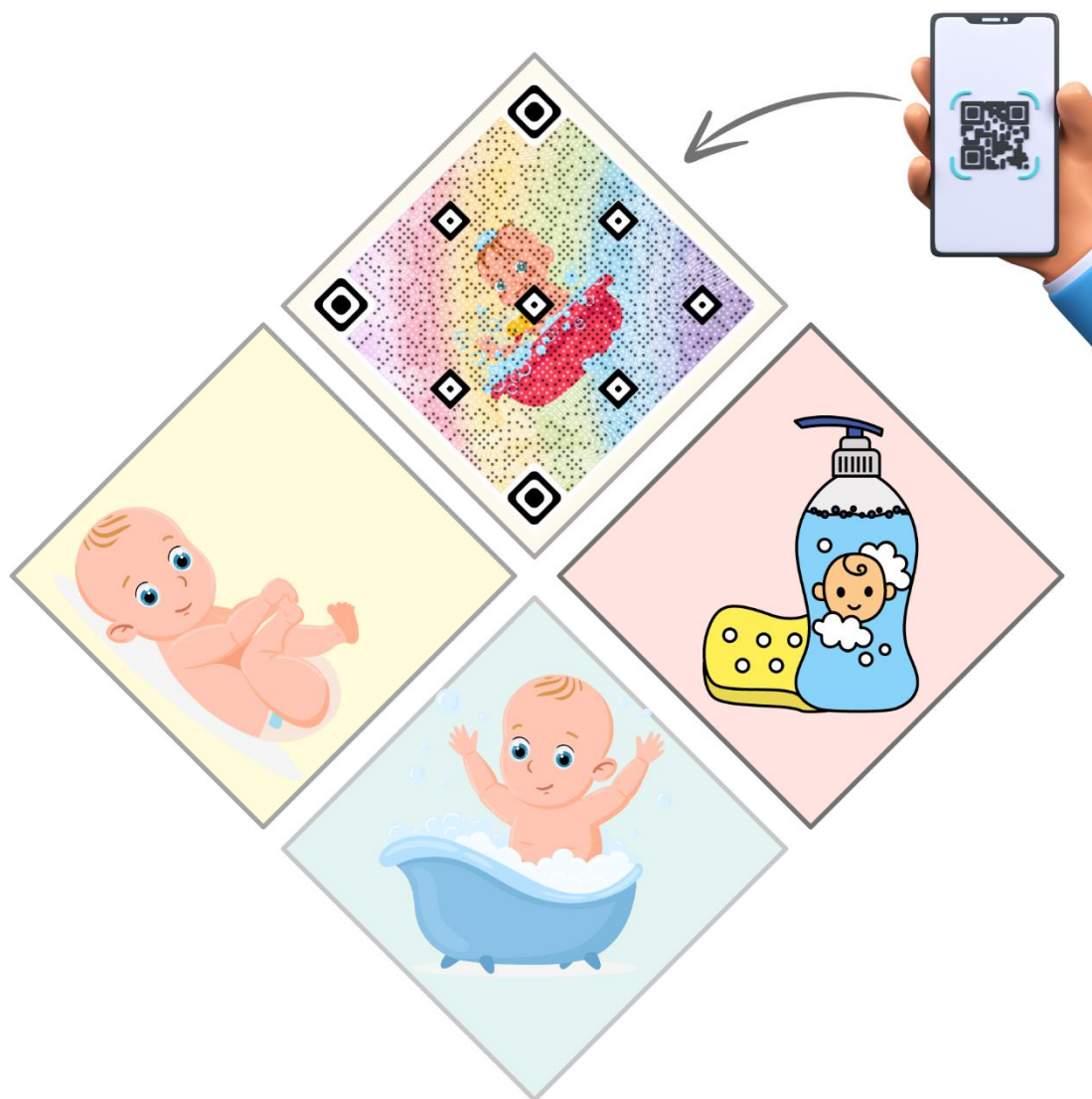
Padrões de Qualidade

O EEESMO deve-se distinguir pela formação e pela experiência, que lhe irá permitir “compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural e abster-se de juízos de valor” (OE, 2021, p.3).

Referências Bibliográficas

- Campinha-Bacote, J. (2011). *Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: The role of cultural competence. The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1-8. DOI:10.3912/OJIN.Vol16No02Man05
- Cardoso A., Capela P., Carvalho U., Albergaria E., Figueiredo A., (2023a). *Guia Orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco). Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.*
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério. NORMA: 001/2023. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.*<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 127/2011 de 18 de fevereiro - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República*: 2.ª Série, N.º 35, p.8662-8666.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Ordem dos Enfermeiros*

APÊNDICE 14: *QR Code* de acesso ao vídeo demonstrativo dos cuidados de
higiene ao recém-nascido



APÊNDICE 15: Projeto “Cantinho da Amamentação”



Lista de Abreviaturas e Siglas

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EEESIP - Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEESMO - Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OMS - Organização Mundial de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

Índice

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
OBJETIVOS	5
OBJETIVO GERAL.....	5
OBJETIVO ESPECÍFICO	5
POPULAÇÃO-ALVO	6
HORÁRIOS	6
DURAÇÃO	6
MARCAÇÕES.....	6
MÉTODOS DE DIVULGAÇÃO	6
RECURSOS	7
HUMANOS	7
MATERIAIS	7
LOCAL	8
AValiação E MONITORIZAÇÃO	8
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	9

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), recomendam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos seis meses, complementado com alimentos nutricionalmente adequados, apropriados e seguros até aos dois ou mais anos de vida, reforçando o impacto que acarreta na nutrição, proteção imunológica, crescimento e desenvolvimento das crianças (2003).

Segundo o Manual de Aleitamento Materno elaborado pela UNICEF (2012), os estudos evidenciam uma percentagem de 90% de adesão ao aleitamento materno, traduzindo-se numa alta incidência. Porém, evidenciam igualmente uma desistência precoce da amamentação, em aproximadamente metade das mães durante o primeiro mês de vida do bebé. É, ainda, mencionado que devem conjugar-se três fatores para que a amamentação tenha sucesso: decisão de amamentar; estabelecimento da lactação; suporte da amamentação.

O suporte da amamentação é crucial nos primeiros quinze dias de vida do bebé, até que a lactação esteja bem estabelecida, através do apoio de profissionais de saúde competentes e disponíveis na comunidade, por meio de visita domiciliária, consulta presencial ou telefónica (UNICEF, 2012). Assim, disponibilizar referências positivas acerca da amamentação através de esclarecimento de dúvidas, e reforçar a naturalidade no ato de amamentar, promove a satisfação e confiança na amamentação, empoderando a mulher para a resolução de dificuldades que ocorram (Pincho, 2018).

Dos valores dos cuidados de saúde primários (CSP), destacam-se a proximidade, acessibilidade, equidade na prestação de cuidados de saúde; prioridade à promoção e proteção da saúde; garantia da continuidade e integração dos cuidados de saúde e promoção e envolvimento da comunidade e dos cidadãos (Ministério da Saúde, 2011). Desta forma, os CSP assumem-se como fulcrais neste âmbito, uma vez que asseguram que os utentes tenham acesso a cuidados completos, "tão perto quanto possível do seu ambiente diário", facilitando, desta forma, a acessibilidade e a proximidade (WHO, 2021).

Os Enfermeiros Especialista, parte integrante dos CSP, são munidos de competências específicas, nomeadamente o desenvolvimento de uma prática profissional ética e legal, garantindo uma prática de cuidados que respeitem dos direitos humanos, e de uma prática clínica com evidência científica mais atual. Assim, revela

conhecimentos, seguros e competentes, na prestação de cuidados especializados, rentabilizando todas as oportunidades de aprendizagem (Ordem Enfermeiros, 2019). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), no regulamento das competências específicas, no âmbito da unidade de competente que abrange a promoção da saúde da mulher, durante o período pré-natal e pós-natal, deverá conceber, planejar, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de promoção do aleitamento materno, assim como de proteção e apoio (Ordem Enfermeiros, 2011). Já os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) identificam seis focos de atenção, em que dois se destacam neste âmbito: Sistema Secreto (lactação) e comportamento interativo que inclui a amamentação e a ligação mãe/filho (Ordem Enfermeiros, 2021).

Desde modo, o profissional de saúde, com competências específicas no âmbito da sua prática, ao apoiar a lactação pode aumentar a autoeficácia da amamentação, através do reforço positivo e ajuda, ultrapassando os problemas que surjam inicialmente e, por consequência, promover a duração do aleitamento materno (Mohrbacher, 2020). O Cantinho da Amamentação foi, assim, desenvolvido para facilitar o acesso à informação correta e atualizada, fornecendo apoio às grávidas e mães que apresentem dúvidas, e sendo o acompanhamento realizado por Enfermeiros Especialistas, tanto na área da Enfermagem de Saúde Materna, como na área da Saúde Infantil e Juvenil, ou com Curso de Aconselhamento em Aleitamento Materno. Deverá ser um espaço acolhedor, que assegure o conforto e privacidade da grávida/bebé/família.

OBJETIVOS

Geral:

- Capacitar a mulher para uma vivência e experiência de amamentar positivas, às grávidas, puérperas e recém-nascidos, em regime de consulta em gabinete, na Unidade Cuidados Comunitária [REDACTED] ou através de visita domiciliária.

Específicos:

- Promover o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, mantendo-se a amamentação até aos dois anos de idade ou mais, associado a alimentos complementares, desde que benéfico para a mãe e bebé; - Promover o desenvolvimento das competências maternas;

- Clarificar dúvidas e inseguranças, para diminuir o risco de dificuldades associadas à amamentação; - Prevenir complicações decorrente da amamentação, como as fissuras do mamilo e o ingurgitamento mamário, observando as mamadas para aconselhar/corrigir sobre a técnica da amamentação e sinais de boa pega; - Apoiar as mães que amamentam aquando do retorno à atividade laboral.

POPULAÇÃO-ALVO

Grávidas, puérperas e recém-nascidos que pretendem instituir e manter o aleitamento materno, que residem ou trabalhem na [REDACTED] inscritos numa Unidade de Saúde do ACES [REDACTED]

HORÁRIOS

De segunda a sexta-feira das 8h às 18h, com agendamento prévio.

DURAÇÃO

Estima-se consultas de 30 minutos, com facilidade de alteração consoante necessidades identificadas.

MARCAÇÕES

As marcações para as consultas poderão ser realizadas:

- Presencialmente na [REDACTED]
- Telefonicamente: [REDACTED]
- Por email: [REDACTED]

MÉTODOS DE DIVULGAÇÃO

Utentes:

- Elaboração de Cartaz para afixação nas Unidades de Saúde da área de influência da [REDACTED] e locais estratégicos da comunidade;
- Divulgação na página do facebook da [REDACTED]

Profissionais de Saúde das Unidades do Centro de Saúde [REDACTED]

- Apresentação do Projeto às Unidades de Saúde da área de influência da UCC [REDACTED]



- Envio de e-mail de divulgação para as entidades coordenadoras das Unidades de Saúde do ACES [REDACTED].

RECURSOS

Humanos:

- EEEEMO;
- Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEEP);
- Enfermeiro Especialista com Curso em Acompanhamento e Alívio da Dor.

Materiais:

- Gabinete;
- Decoração para identificar o Canteiro da Amamentação;
- Cadeira com suporte para braços;
- Cadeiras;
- Cadeiras;
- Armário de apoio para acomodação do mastetador e utilização de bomba manual-teteador e apoio;
- Almofada amamentação com capota protetora imiável;
- Modelos de mamas;
- Bomba elétrica extensor de leite com conjuntos individuais para colheita de leite e copinhos de plástico individuais e esterilizáveis;
- Protetores de mamilo em plástico;
- Mamilos em silicone;
- Discos Protetores Mamilo;
- Fraldas;
- Compressas/Talassinas;
- Rolo de papel para mantes;
- Recipientes de lixo de Grupo II e III;
- E-book acerca da amamentação para disponibilizar e-mail;
- Cartaz para exposição no gabinete, acerca das posições para amamentar;
- Computador para Registo Individual da Grávida\pdepe.



LOCAL

As consultas serão realizadas no gabinete destinado ao efeito, na UCC [REDACTED], ou em regime de visita domiciliar.

AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO

(a ser preenchido posteriormente pelas enfermeiras responsáveis pelo projeto)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministério da Saúde. (2011). Orientações para a organização e funcionamento das unidades de cuidados de saúde personalizados. Reforma dos cuidados de saúde primários. Coordenação estratégica. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/orientacoes-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-de-saude-personalizados-pdf.aspx>
- Mohrbacher, N. (2020). *Breastfeeding Answers – A guide for helping families* (2ª Edição). Nancy Mohrbacher Solutions, Inc. <https://www.researchgate.net/publication/347203425>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República*, 2.ª Série, N.º 35, p.8662-8666.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*: 2ª Série, n.º 26, p. 4744-4750.
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- Pincho, C. (2018). *Amamentar – a escolha natural para o seu bebé* (1ª edição). Livros Horizonte.
- UNICEF. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- World Health Organization (2021). Cuidados de saúde primários. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- World Health Organization and UNICEF (2003). *Global strategy for infants and young child feeding*. Geneva.

APÊNDICE 16: *E-Book* de apoio ao Projeto “Cantinho Da Amamentação”



CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE [REDACTED]

CONTACTOS DE EMERGÊNCIA

Número Europeu de Emergência

112

Saúde 24

808 242 424

SOS Criança (nº gratuito)

116 111

Centro de Informações Antivenenos

808 250 143

Associação para a Promoção Segurança Infantil

218 844 100

Apoio à Vida (apoio 24h)

912 301 010

Informação de Farmácias de Serviço

118

Hospital [REDACTED] - Serviço de urgência

219 847 200

e-mail: [REDACTED]



CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

FICHA TÉCNICA

TÍTULO DO CURSO

Preparação para o Parto e Parentalidade

AUTORAS DO CURSO

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria



Com a colaboração da Enfermeira Lúcia Neves Braga,
Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Materna e Obstétrica, no âmbito do Estágio na Comunidade.

DIREÇÃO EDITORIAL

ACES



+351
+351

Horário de Funcionamento:
De segunda a sexta-feira das 8h às 18h

1ª Edição, 2023



CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

ÍNDICE

01

Vantagens da Amamentação

02

Horário e Duração das Mamadas

03

Posicionamento para Amamentar

04

Sinais de Boa Pega

05

Complicações da Amamentação

06

Dispositivos de Apoio à Amamentação

07

Formas de Extração de Leite Materno

08

Conservação do Leite Materno



AMAMENTAÇÃO



O início da amamentação deve ocorrer nos primeiros
30 minutos de vida do bebé.

1. Vantagens da Amamentação

Para a mãe:

- Facilita a perda de peso, ganho durante a gravidez;
- Reduz o risco de hemorragia pós-parto;
- Diminui o risco de aparecimento de osteoporose, cancro da mama e do ovário;
- É mais prático e mais económico! Está sempre disponível, à temperatura adequada e não requer preparação prévia nem utilização de biberões.

Para o bebé:

- É o alimento nutricionalmente mais completo e adequado para o desenvolvimento saudável do bebé, nos primeiros 6 meses de vida;
- Contém substâncias protetoras contra infeções e alergias;
- Diminui o risco de obesidade;
- É de fácil digestão, diminuindo o risco de cólicas e obstipação;
- Desenvolve os músculos da face, diminuindo dificuldades na fala;
- Reforça o vínculo entre mãe e filho.

CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

AMAMENTAÇÃO



2. Horário e Duração das Mamadas

- Deixe o bebé estabelecer o horário das mamadas. No entanto, o intervalo entre elas não deve ultrapassar as 3/4 horas no primeiro mês de vida (mesmo durante a noite);
- O bebé deve fazer, em média, 8 a 12 mamadas em 24 horas;
- O bebé deve mamar tudo o que desejar, até deixar a mama espontaneamente;
- A duração da mamada não é importante. Pois cada bebé tem o seu ritmo (pode chegar aos 20/30 minutos em cada mamada);
- É importante o bebé esvaziar uma mama em cada mamada;
- Após eructar (arrotar) poderá oferecer a outra mama, caso o bebé continue com fome;
- **NÃO deite o bebé antes de o colocar a eructar (arrotar), pois pode causar engasgamento;**
- Na mamada seguinte comece pela mama que não ficou completamente vazia.

Posicionamentos para o bebé eructar



CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE



3. Posicionamento para Amamentar

- É importante que a mãe esteja tranquila e confortável e criar um ambiente calmo e seguro para o bebé.
- A melhor posição para amamentar é a que a mãe e o bebé estiverem mais confortáveis.

Posição Tradicional



Posição Deitada de Lado



Posição Bola de Râguebi



Posição Cruzada



Posição de Cavaleiro



3. Posicionamento para Amamentar

Se gémeos:

1 Tradicional
1 Lateral



Lateral



De Frente



Cruzados





4. Sinais de boa pega

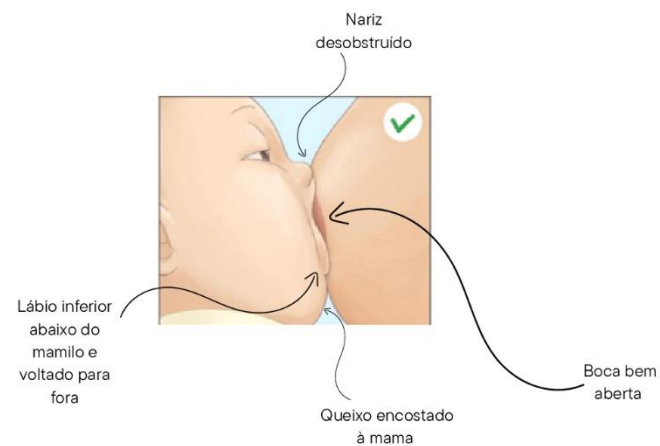
É fundamental que o bebé realize uma boa pega, para que exista uma boa produção de leite e assim consiga ingerir a quantidade de leite suficiente durante a amamentação. A pega correta previne, também, problemas nas mamas, aumentando o sucesso da amamentação.

Conselhos para uma Pega Correta:

- Deve estar sentada ou deitada confortavelmente;
- Com as costas direitas e bem apoiadas;
- Se necessário coloque uma almofada nas costas e outra no colo para ajudar a posicionar bem o seu bebé;
- Deverá segurar o seu bebé bem aconchegado a si;
- Face do bebé voltada para a mama, com a cabeça e o corpo numa linha reta;
- Barriga com barriga.



4. Sinais de boa pega





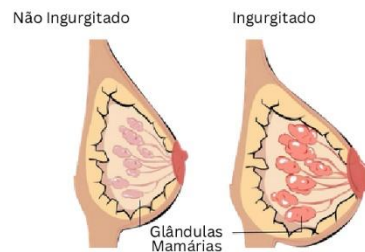
5. Complicações da Amamentação

Mamas Ingurgitadas:

Quando se dá a "descida" do leite, as mamas podem ficar inchadas, dolorosas, quentes e vermelhas, brilhantes e tensas.

Esta situação ocorre geralmente alguns dias após o nascimento e é provocado por um esvaziamento incompleto da mama.

O leite retido na glândula mamária, leva a um aumento da quantidade de sangue e de fluidos nos tecidos que suportam a mama.



Como prevenir?

- Inicie a amamentação logo após o parto, em horário livre;
- Use um sutiã adequado;
- Se o bebê não esvaziar a mama a mãe deve retirar o leite manualmente.



5. Complicações da Amamentação

Mamas Ingurgitadas:

Como tratar?

- Antes da alimentação, para estimular a drenagem do leite, realizar um duche quente, com uma ligeira massagem nas mamas e com estimulação da pele do mamilo;
- Pedir ao companheiro para ajudar a mãe a relaxar, com uma massagem no pescoço e/ou nas costas;
- Se o bebê conseguir mamar, segurar o bebê pele-a-pele, e deixá-lo mamar frequentemente. Inicie primeiro, na mama mais cheia e esvazie a mama até se sentir confortável.
- Se o bebê não conseguir mamar, extrair o leite à mão ou com uma bomba;
- Após a mamada, coloque na mama uma folha de couve fria e bem lavada ou gelo dinâmico (um cubo de gelo em movimentos circulares constantes), para aliviar o desconforto e ajudar a desinflamar;
- Em caso de dúvidas procure ajuda junto do seu Centro de Saúde ou do seu Enfermeiro de Família.





5. Complicações da Amamentação

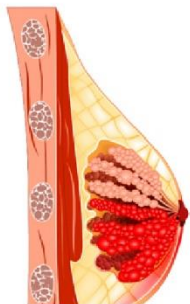
Mastite:

A mastite é uma inflamação da mama, que ocorre mais frequentemente na 2ª-3ª semana após o parto e é provocado por um esvaziamento incompleto da mama.

Pode ser ou não de origem infecciosa:

- A mastite não infecciosa pode ser derivada ao bloqueio dos canais por onde passa o leite (ductos mamários).
- A mastite infecciosa surge quando há entrada de microrganismos através dos mamilos.

Nos dois casos, parte da mama fica avermelhada, quente, inchada e muito dolorosa. A mulher tem febre alta e mal estar.



5. Complicações da Amamentação

Mastite:

Como prevenir?

- Amamentação frequente com esvaziamento adequado das mamas;
- Trate o ingurgitamento e os mamilos gretados;
- Evite a compressão excessiva da mama com os dedos durante a amamentação e roupas e soutien que comprimam a mama.

Como tratar?

- Melhorar a amamentação com a correção da pega;
- Realizar mamadas frequentes, com alternância do posicionamento do bebé na mama, para ajudar a esvaziar todos os quadrantes da mama;
- Oferecer inicialmente a mama menos cheia e só depois a afetada, para não hiperestimular a produção de leite;
- Massage levemente as áreas afetadas enquanto estiver a amamentar;
- Avaliar a consistência da mama após cada mamada, e se necessário extrair o leite excedente manualmente, evitando o uso de bomba extratora de leite;
- Se os sintomas permanecerem 24h após realizar estas medidas, procurar ajuda de profissionais de saúde;
- A mãe deve repousar;
- Em caso de dúvidas procure ajuda junto do seu Centro de Saúde ou do seu Enfermeiro de Família.





5. Complicações da Amamentação

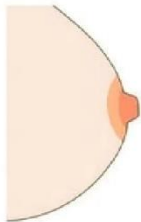
Fissuras Mamilares

O mamilo pode ficar dorido e com fissuras logo na primeira semana de aleitamento, tornando a amamentação dolorosa para a mãe.



São provocadas:

- má posição do bebê à mama: se o mamilo estiver em formato de baton ou espalmado após mamada (se boa pega, mamilo fica redondo);
- pelo número e duração inadequada das mamadas.



Mamilo normal



Mamilo em formato baton



5. Complicações da Amamentação:

Fissuras Mamilares

Como prevenir e tratar?

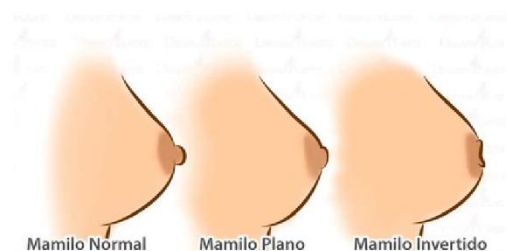
- Assegure-se que a pega está correta e que existe transferência de leite materno para o bebê;
- Se má pega, deve interromper a mamada (colocar o dedo mindinho no canto da boca do bebê, para não puxar o mamilo e agravar) e refazer a pega;
- Aplicar primeiro a mama que está em melhores condições;
- Amamentar com mais frequência para reduzir a força de sucção;
- Aplique umas gotas de leite materno no mamilo, para ajudar na cicatrização. Pode também aplicar uma camada fina de creme à base de lanolina, apenas nos mamilos, após as mamadas e deixe secar;
- Pode utilizar discos de hidrogel, mamilos de prata ou compressas húmidas para tratamento do mamilo;
- Os discos absorventes não são recomendados. Se usar, troque-os com muita frequência, para que não estejam húmidos em contato com a pele;
- Ao longo do dia exponha os mamilos ao ar;
- Evitar lavar a mamilo após a mamada;
- Utilizar um soutien adequado e de algodão;
- Nos casos mais graves: Suspender a sucção do bebê nessa mama mas extrair, se possível, o leite da mama e dá-lo ao bebê;
- Em caso de dúvidas procure ajuda junto do seu Centro de Saúde ou do seu Enfermeiro de Família.



5. Complicações da Amamentação

Mamilos Invertidos

Característica anatômica presente em 3% das mulheres a nível global.



Como proceder?

- Estimular o mamilo a sobressair;
- Certificar-se que o bebé abocanha a auréola toda;
- Utilizar dispositivos que auxiliem na sucção (mamilos de silicone).

Nos casos mais graves:

Se o seu bebé parecer desinteressado e afasta-se da mama, pode optar por extrair o leite com bomba e alimentá-lo com o biberão.



6. Dispositivos de Apoio à Amamentação



Discos de hidrogel



Mamilos de prata



Conchas de amamentação



Discos de hidrogel estéril



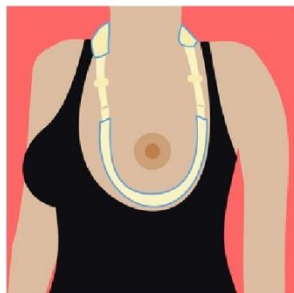
Mamilos de silicone



Formador de mamilos



6. Dispositivos de Apoio à Amamentação



Tipoia para sustentação de mamas maiores



Rosquinhas de mama



Laser



7. Formas de Extração de Leite Materno

Em certas circunstâncias poderá ser necessário fazer a extração manual ou com bomba do leite materno, como por exemplo:

- Em caso de ingurgitamento mamário, para dar alívio à mãe;
- Quando existe alguma dificuldade na colocação do bebé à mama;
- Quando a mãe tem que se ausentar ou iniciar o seu trabalho fora de casa.

Extração Manual:

- Lave as mãos;
- Coloque o funil da bomba sobre a mama de modo a que o mamilo fique centrado;
- Inicie o processo de extração de acordo com as instruções da bomba.





7. Formas de Extração de Leite Materno

Extração com Bomba Elétrica:

- Lave as mãos;
- Coloque o funil da bomba sobre a mama;
- Comece por estimular a saída de leite com a estimulação mais baixa e vá aumentando consoante a sua tolerância;
- De seguida, proceda à extração do leite;
- Massage a mama durante a extração, fazendo movimentos circulares à volta da aréola, para ajudar a estimular o fluxo de leite;
- Siga as instruções do fabricante.



Extração Simples



Extração Dupla



7. Formas de Extração de Leite Materno

Extração Manual:

- Escolha um local onde se sinta confortável;
- Deve ter o bebé perto de si ou uma roupinha dele ou uma fotografia;
- Com uma mão, coloque um copo ou um frasco próximo da mama, para poder recolher o leite extraído;
- Com a outra mão, coloque-a em forma de C com o polegar sobre a parte superior da aréola e indicador na parte inferior da mama;
- Faça uma ligeira pressão contra as costelas e vá abrindo e fechando os dedos para facilitar a saída do leite.





8. Conservação do Leite Materno

Deve assegurar que:

- Conserva pequenas porções no frio, em diferentes recipientes;
- Os recipientes têm que ser esterilizados e próprios para a conservação de leite materno (sacos de congelação, frascos de plástico rígido ou de vidro, com tampa);
- Rotula o recipiente com dia/mês/ano. Se for para a creche, deve colocar o nome do bebé.

Pode ser armazenado:

- Temperatura ambiente (<25°C) – máximo de 4 horas;
- Frigorífico (4°C) – máximo de 4 dias, colocando em caixas devidamente fechadas para evitar o risco de contaminação do leite materno;
- Congelador (-18°C) – recomendado 6 meses, mas aceitável até 12 meses.



8. Conservação do Leite Materno

Para descongelar:

- Consuma em primeiro lugar o leite materno guardado há mais tempo;
- Preferencialmente descongele no frigorífico, e consuma da 24 horas seguintes;
- Em caso de necessidade, descongele o leite em água morna corrente ou num recipiente com água morna, e consuma nas 2 horas seguintes;
- Não volte a congelar;
- Não use o micro-ondas para descongelar ou amornar o leite;
- Não utilize leite materno com mau odor.



AMAMENTAÇÃO



Referências Bibliográficas

- Ministério da Saúde. (2011). Orientações para a organização e funcionamento das unidades de cuidados de saúde personalizados. Reforma dos cuidados de saúde primários. Coordenação estratégica. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/orientacoes-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-de-saude-personalizados-pdf.aspx>
- Mohrbacher, N. (2020). Breastfeeding Answers – A guide for helping families (2ª Edição). Nancy Mohrbacher Solutions, Inc. <https://www.researchgate.net/publication/347203425>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, 2.ª Série, N.º 35, p.8662-8666.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: 2ª Série, n.º 26, p. 4744-4750.
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-esmo.pdf

CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

AMAMENTAÇÃO



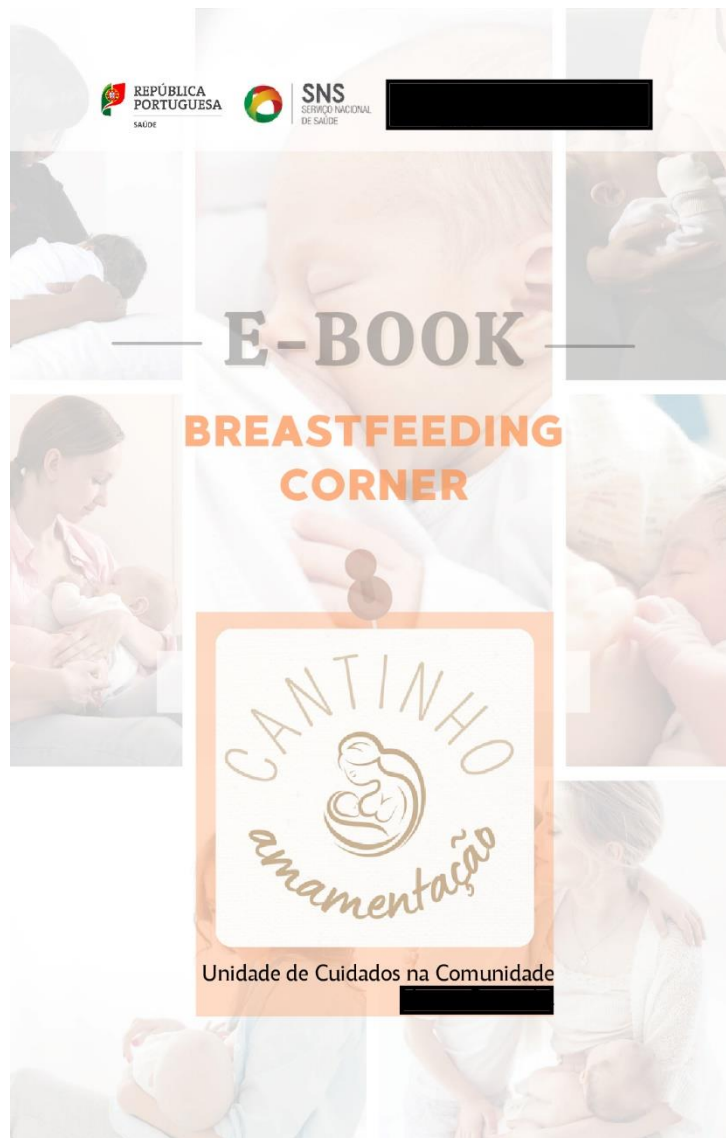
Referências Bibliográficas

- Pincho, C. (2018). Amamentar – a escolha natural para o seu bebé (1ª edição). Livros Horizonte.
- UNICEF. (2012). Manual de Aleitamento Materno. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- World Health Organization (2021). Cuidados de saúde primários. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- World Health Organization and UNICEF (2003). Global strategy for infants and young child feeding. Geneva

CANTINHO DA AMAMENTAÇÃO

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

APÊNDICE 17: *E-Book* de apoio ao Projeto “Cantinho Da Amamentação” - Inglês



CBREASTFEEDING CORNER
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

EMERGENCY CONTACTS

European Emergency Number

112

Saúde 24

808 242 424

SOS Criança

116 111

Centro de Informações Antivenenos

808 250 143

Associação para a Promoção Segurança Infantil

218 844 100

Apoio à Vida (24-hour support)

912 301 010

Informação de Farmácias de Serviço

118

Hospital - Emergency service

219 847 200

e-mail:



BREASTFEEDING CORNER
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

TECHNICAL SHEET

INSERTED IN THE PROJECT

Breastfeeding Corner

COURSE AUTHORS

[Redacted]

Midwife

[Redacted]

Pediatric and Child Health Specialist Nurse



With the collaboration of Nurse Lúcia Neves Braga, a student on the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, as part of her Community Internship.

EDITORIAL DIRECTION

[Redacted]



[Redacted]



[Redacted]



[Redacted]

Opening hours:
Monday to Friday from 8 a.m. to 6 p.m.

1st Editing, 2023



BREASTFEEDING CORNER
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

CONTENTS

01

Benefits of Breastfeeding

02

Feeding times and duration

03

Baby burping positions

04

Signs of a good latch

05

Breastfeeding complications

06

Breastfeeding Accessories

07

Ways of expressing breast milk

08

Breast milk storage



BREASTFEEDING



Breastfeeding should begin within the first
30 minutes of the baby's life.

1. Benefits of Breastfeeding

For the mother:

- Helps to lose the weight gained during pregnancy;
- Decreases the risk of postpartum haemorrhage;
- Decreases the risk of osteoporosis, breast and ovarian cancer;
- It is more practical and cheaper! The breast milk is always available, at the right temperature and does not require previous preparation or the use of bottles.

For the baby:

- Breast milk is the most appropriate and nutritionally complete food for a baby's healthy development in the first 6 months of life;
- Contains protective substances against infections and allergies;
- Decreases the risk of diabetes and obesity;
- It is easily digested, reducing the risk of colic and constipation;
- Breastfeeding develops facial muscles, reducing speech difficulties;
- Strengthens the mother-child bond;
- Reduces Sudden Infant Death Syndrome.

BREASTFEEDING CORNER

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE



BREASTFEEDING



2. Feeding times and duration

- Let the baby set the feeding schedule. However, the interval between feeds should not exceed 3/4 hours in the first month of life (even at night);
- On average, your baby should have 8 to 12 feeds in 24 hours;
- Babies should suck as much as they want until they come off the breast and finish breastfeeding;
- Feeding length is not important. Each baby has its own rhythm (it can be up to 20/30 minutes at each feed);
- It is important to empty one breast at each feed. After burping, you can offer the other breast if the baby is still hungry;
- At the next feed, start with the breast that was offered last;
- It's important the mother remains calm and comfortable to create a safe and relaxing environment for the baby;
- The best feeding position is the one that is most comfortable for mother and baby;
- **DO NOT put the baby down before burping, as this could cause choking**

Baby burping positions



BREASTFEEDING CORNER

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE



BREASTFEEDING



3. Breastfeeding positions

- It is important for the mother to be calm and comfortable and to create a calm and safe environment for the baby.
- The best position for breastfeeding is the one in which mother and baby are most comfortable.

Cradle hold



Lying on your side



Rugby hold



Cross-cradle hold



Upright breastfeeding



BREASTFEEDING CORNER

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE



BREASTFEEDING



3. Breastfeeding positions

Twin baby:

Football & Cradle



Double-football hold



Upright latch



Front cross



BREASTFEEDING CORNER

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE



BREASTFEEDING



4. Signs of a good latch

It is essential that the baby has a good latch on to have good milk production and thus be able to drink enough milk during breastfeeding. Correct latching also prevents breast problems and increases the success of breastfeeding.

Advice for a good latch:

- You should be sitting or lying down comfortably;
- With your back straight and well supported;
- If necessary, put a pillow behind your back and another on your lap to help position your baby comfortably;
- You should hold your baby close to you;
- Baby's face towards the breast, head and body in a straight line;
- Baby's belly against mum's belly.

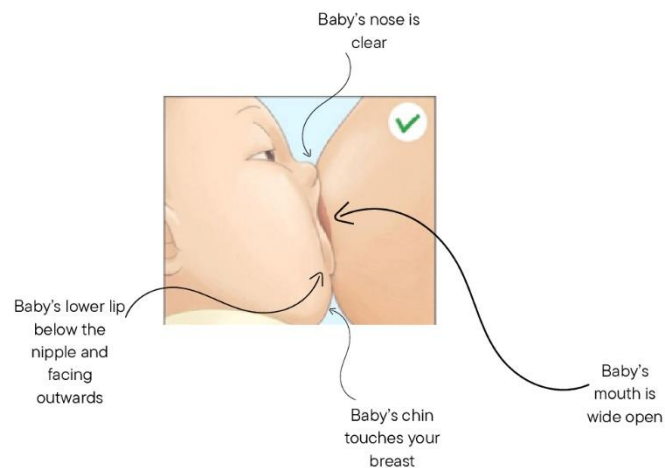


BREASTFEEDING CORNER
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

BREASTFEEDING



4. Signs of a good latch



BREASTFEEDING CORNER
UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE



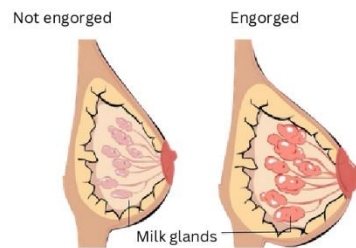
5. Breastfeeding complications

Breast engorgement

When the "let-down" happens, the breasts can become swollen, painful, hot and red, shiny and tense.

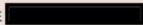
This situation usually occurs a few days after birth and is caused by incomplete emptying of the breast.

The milk retained in the mammary gland leads to an increase in the amount of blood and fluids in the tissues that support the breast.



How to prevent it?

- Start breastfeeding immediately after giving birth and do baby led feeding;
- Wear a suitable bra;
- If the baby doesn't empty the breast, the mother should express the milk by hand or with help of an electric breast pump.

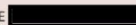


5. Breastfeeding complications

Breast engorgement

How to treat?

- Before feeding, stimulate milk flow, taking a hot shower, with a light massage of the breasts and stimulation of the nipple skin;
- Ask your partner to help you relax with a neck and/or back massage;
- If the baby can suckle, hold the baby skin-to-skin, and let him suckle frequently.
- Start with the fullest breast first and empty the breast until you feel comfortable.
- If the baby can't suckle, express the milk by hand or with a pump.
- After feeding, place a cold, well-washed cabbage leaf or rub an ice cube in constant circular movements on the breast to relieve discomfort and help deflate;
- If you have any doubts, seek help from your health centre or family nurse.





5. Breastfeeding complications

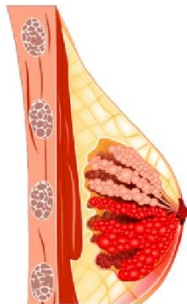
Mastitis:

Mastitis is an inflammation of the breast tissues, which most commonly occurs in the 2nd or 3rd week after giving birth and is a result of incomplete emptying of the breast.

It can be infectious or non-infectious:

- Non-infectious mastitis can be derived from a blocked milk duct (mammary ducts).
- Infectious mastitis happens when microorganisms enter the milk ducts through a crack on the nipple skin.

In both cases, part of the breast becomes red, hot, swollen and very painful. The woman experiences high feverishness and discomfort.



5. Breastfeeding complications

Mastitis:

How to prevent it?

- Frequent breastfeeding with adequate emptying of the breasts;
- Be careful with engorgement and cracked nipples;
- Avoid over-compressing the breast with your fingers when breastfeeding;
- Avoid clothing and bras that compress the breast.

How to treat?

- Improve breastfeeding by correcting the latch;
- Feed frequently, alternating the position of the baby on the breast to help empty all parts of the breast;
- Offer the less full breast first and only then the affected one, so as not to overstimulate milk production;
- Lightly massage the affected areas while breastfeeding;
- Check the consistency of the breast after each feed, and if necessary, express the excess milk manually, avoiding the use of a breast pump;
- If symptoms persist 24 hours after carrying out these measures, seek help from health professionals (antibiotics may be required);
- The mother should rest;
- If you have any doubts, seek help from your health centre or family nurse.



BREASTFEEDING



5. Breastfeeding complications

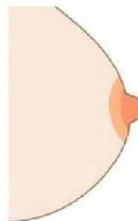
Nipple Fissures

The nipple can become cracked as early as the first week of breastfeeding, making it painful for the mother.



They are caused by:

- Inadequate positioning of the baby at the breast. As evidenced by alipstick-shaped or flattened nipple after feeding. A good latch leaves a round nipple.
- Inadequate number and duration of feeds.



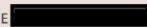
Normal nipple



Lipstick-shaped nipple

BREASTFEEDING CORNER

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE



BREASTFEEDING



5. Breastfeeding complications

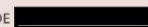
Nipple Fissures

How to prevent and treat it?

- Make sure that the latch is correct and that breast milk is flowing to the baby;
- If there is a bad latch, you should interrupt the feed (put your little finger in the corner of the baby's mouth, so as not to pull on the nipple and make it worse) and re-start the feed correcting the latch;
- Offer first the breast that is in the best condition;
- Breastfeed more often to reduce the suction force;
- Apply a few drops of breast milk to the nipple to help it heal. You can also apply a thin layer of lanolin-based cream to the nipples after feeds and leave to dry;
- You can use hydrogel discs, silver nipples or wet compresses to treat the nipple;
- Absorption discs are not recommended. If you do use them, change them frequently so that they are not wet when they are in contact with the skin;
- During the day, let the nipples exposed to air;
- Avoid washing the nipple after feeding;
- Wear a suitable cotton bra;
- In the most serious cases: Stop the baby sucking on the breast but, if possible, extract the milk from the breast and give it to the baby;
- If you have any doubts, seek help from your health centre or family nurse.

BREASTFEEDING CORNER

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

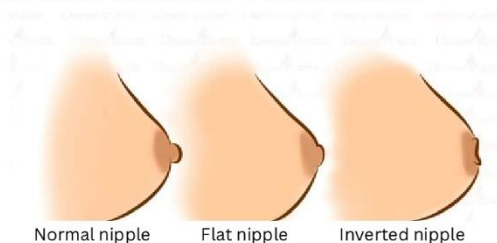




5. Breastfeeding complications

Inverted nipple

Anatomical feature present in 3% of women worldwide.



Normal nipple

Flat nipple

Inverted nipple

How to proceed?

- Stimulate the nipple to protrude;
- Make sure the baby sucks in the entire areola;
- Use devices that help with sucking (silicone nipples).

In the most serious cases:

If your baby seems uninterested and withdraws from the breast, you can choose to pump out the milk and bottle-feed instead.



6. Breastfeeding Accessories



Hydrogel pads



Silver nipples



Breast shells



Sterile hydrogel pads



Silicone nipples

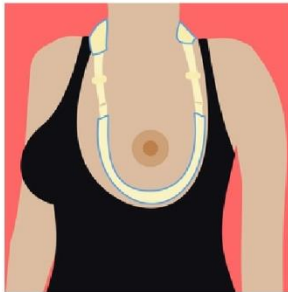


Nipple formers





6. Breastfeeding Accessories



Sling to support larger breasts



Ring protect nipples /
Donut protect nipples



Laser



7. Ways of expressing breast milk

In certain circumstances it may be necessary to express breast milk manually or with a pump, for example:

- In the case of breast engorgement, to give the mother some relief;
- When there is some difficulty in getting the baby to suckle;
- When the mother must be absent or starts working outside the home.

Expressing by hand pump:

- Wash your hands;
- Massage the breast during expression, making circular movements around the areola to help stimulate the flow of milk;
- Place the pump funnel on the breast so that the nipple is centred;
- Start the expressing process according to the pump's instructions.





7. Ways of expressing breast milk

Expressing with an electric pump:

- Wash your hands;
- Place the pump funnel on the breast;
- Start by stimulating the milk flow with the lowest stimulation and increase according to your tolerance;
- Massage the breast during expression, making circular movements around the areola to help stimulate the flow of milk;
- Follow the pump's instructions.



Single pumping
(expressing from one
breast at a time using a
breast pump)



Double pumping
(expressing from both
breasts at the same time
using a breast pump)



7. Ways of expressing breast milk

Manual expression:

- Choose a place where you feel comfortable;
- You should have the baby close to you, his clothes or a photograph;
- Massage the breast, making circular movements around the areola to help stimulate the flow of milk;
- With one hand, place a cup or bottle next to the breast so that you can collect the extracted milk;
- With your other hand, hold it in a C-shape with your thumb on the top of the areola and your index finger on the bottom of the breast;
- Press gently against the breast and open and close your fingers to make it easier for the milk to come out.



BREASTFEEDING



8. Breast milk storage

You must ensure that:

- You keep small portions in the cold, in different containers;
- The containers must be sterilised and suitable for storing breast milk (freezer bags, rigid plastic or glass jars with lids);
- Label the container with the day/month/year. If it's going to the childcare centre, you should put the baby's name on it.

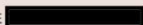
Can be stored:

- Room temperature (<25°C) - maximum 4 hours;
- Refrigerator (4°C) - maximum 4 days, stored in properly sealed boxes to avoid the risk of contamination;
- Freezer (-18°C) - recommended 6 months, but acceptable up to 12 months.



BREASTFEEDING CORNER

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE



BREASTFEEDING



8. Breast milk storage

To defrost:

- Firstly, consume breast milk that has been stored the longest;
- Preferably defrost in the fridge and use it within 24 hours;
- If necessary, defrost the milk under warm running water or in a container of warm water, and use within 2 hours;
- Do not refreeze;
- Do not use the microwave to defrost or warm milk;
- Do not use breast milk with a bad odour.



BREASTFEEDING CORNER

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE



BREASTFEEDING



Bibliographic references

- Ministério da Saúde. (2011). Orientações para a organização e funcionamento das unidades de cuidados de saúde personalizados. Reforma dos cuidados de saúde primários. Coordenação estratégica. <https://www.dgs.pt/documentos-publicacoes/orientacoes-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-de-saude-personalizados-pdf.aspx>
- Mohrbacher, N. (2020). Breastfeeding Answers – A guide for helping families (2ª Edição). Nancy Mohrbacher Solutions, Inc. <https://www.researchgate.net/publication/347203425>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Diário da República, 2.ª Série, N.º 35, p.8662-8666.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: 2ª Série, n.º 26, p. 4744-4750.
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-esmo.pdf

BREASTFEEDING CORNER

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE



BREASTFEEDING



Bibliographic references

- Pincho, C. (2018). Amamentar – a escolha natural para o seu bebé (1ª edição). Livros Horizonte.
- UNICEF. (2012). Manual de Aleitamento Materno. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- World Health Organization (2021). Cuidados de saúde primários. <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- World Health Organization and UNICEF (2003). Global strategy for infants and young child feeding. Geneva

BREASTFEEDING CORNER

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE



APÊNDICE 18: *Flyer* de divulgação do Projeto “Cantinho Da Amamentação”

CANTINHO Amamentação



Apoio e Esclarecimento de dúvidas

Promover a satisfação e confiança na amamentação, capacitando a mulher para a resolução de dificuldades que ocorram.



Prevenir complicações

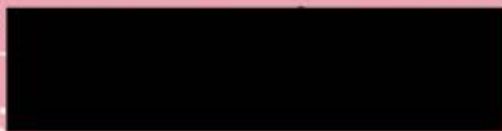
Observar as mamadas para aconselhar e corrigir sobre a técnica da amamentação e sinais de boa pega.



Acesso facilitado

Para Grávidas e Puérperas, com consultas no gabinete na **Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)** [redacted] ou através de visitação domiciliária.

CONTATE-NOS E MARQUE A SUA CONSULTA

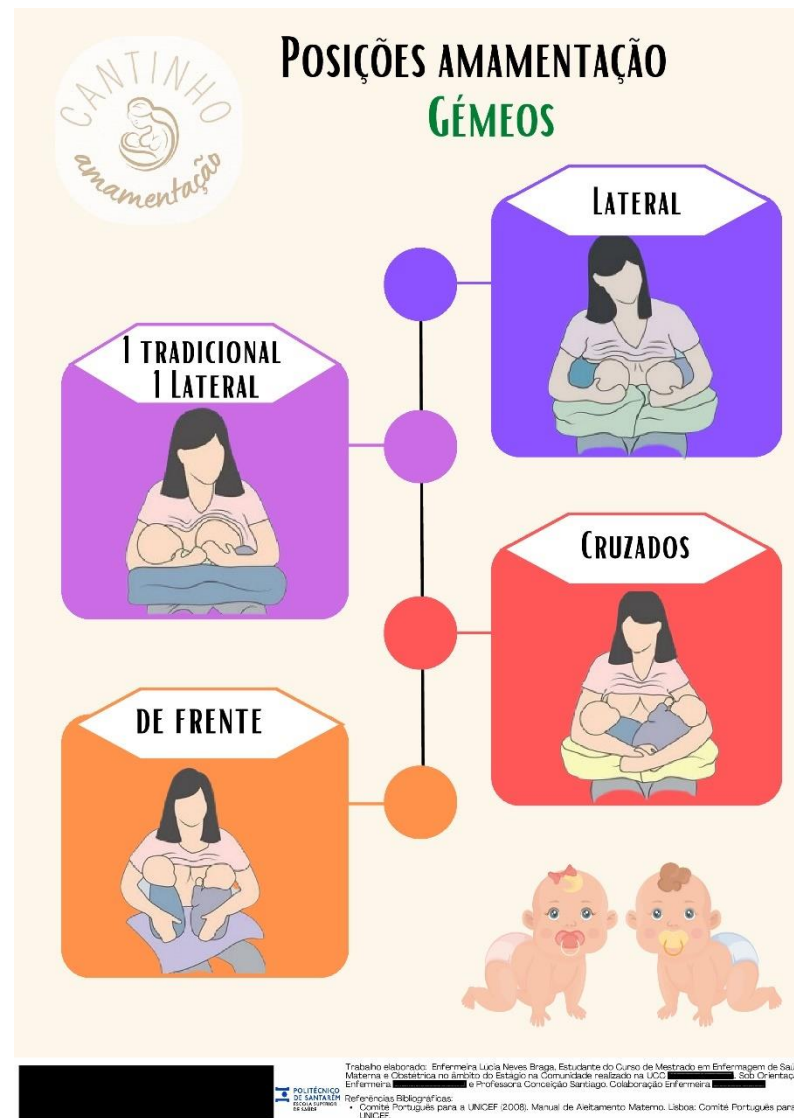
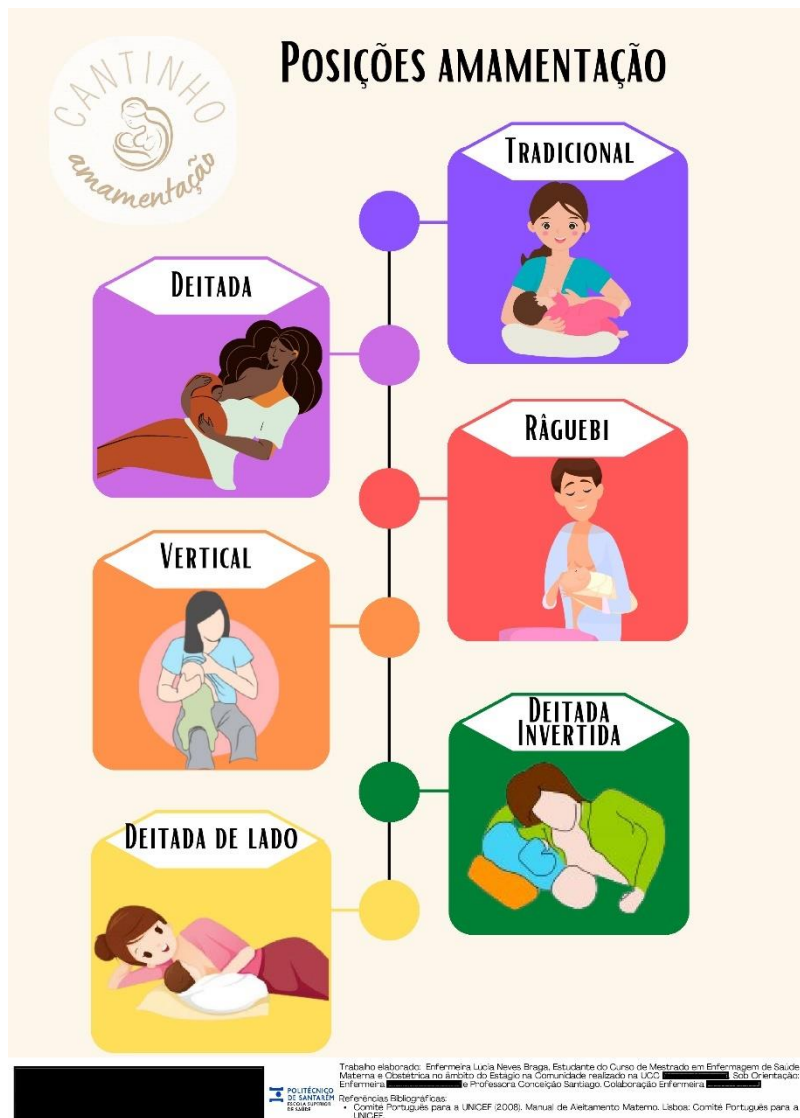


Trabalho elaborado: Enfermeira Lucía Neves Braga, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no âmbito do Estágio na Comunidade realizado na UCC [redacted] Sob Orientação: Enfermeira [redacted] e Professora Conceição Santiago, Colaboração Enfermeira [redacted]

Referências Bibliográficas:

- Comité Português para a UNICEF (2006). Manual de Aleitamento Materno. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). Enfermagem na Maternidade (7ª ed). Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-989-8079-18-1.

APÊNDICE 19: Poster acerca das posições de amamentação



APÊNDICE 20: Folhetos de apoio à realização de colposcopia e da conização em crioulo

Colposcopia

Kuse ke é um colposcopia?

É um observasan ke ta fazedo na colo de útero, vagina/corpo de mudjer, vulva ta fazedo ku un aparelho ke tchomado colposcópio, kel aparelho li ta aumenta imagem nu katal odja sem ajuda e assim ta permite medico fazi diagnóstico mas dreto e discubri kusa ki bu tem.

Kel exame li é recomendado pa mudjeres ki tene un resultado alterado na exame anterior, i pode ser na exame de citologia Papaniculau ou suspeita positiva de HPV (Papiloma Vírus Humano), ou na ke durante um exame ginecológico reparado algum alterason.

N"quanto medico ta fazê exame pu pode atcha tudo k esta fazi através de monitor/television k esta bu frenti.

Nadi ki ta fazedo?

Bu ta deta na um marquesa/cama bu ta fika ku perna aberta cada um pa sê lado, é ta po um instrumento/boca de pato na entrada de vagina/corpo de mudjer pa es podi achta la dentro de vagina pa é podi observa colo de útero, vagina e vulva ku kel instrumento ke ta aumenta imagem.

Aparelho ta fica dento vagina mas kata toca na nenhum orgon dentro de bo.

Durante exame medico ta pou um likido ki tem um cor riba bu colo e bu vagina pa é pôdi djobi área ke tem algum anomalia/ka sta dreto.

N"quanto medico ta fazê exame é ta faze uma colheita de vestígio pa realiza exames, tipo citologia, colheita de HPV ou biópsia (biópsia é um bocado de nos corpo ki ta trado pa fazedo exame mas profundo).

Kel tipo de exame pode da cólicas/dor ou mau star na barriga.

Si bu fazi um biopsia, bu devi evita esforço, pa bia buta mo e ta hemorragia/perde sangue que pode dura 3 a 5 dia, bu debe de evita:

- Fazi sexu;
- Pi tampon;
- Fazi lavagem vaginal ki likide vaginal;
- Bu devi toma banho só de xuvero.

KEL EXAME LI KATA DUE.

Na dia de exame

Ora ki bu tchiga hospital, butem ki tira 1 senha "A" pa bu pôdi confirma bu presença/xegada ou na caso de bu ten carton de cidadon bu pôde confirma bu presença/xegada na makin as ke têm na consulta externa.

Dipós bu debi espera pa xamada na sala de spera de ginecologia.

Dipós ki medico txama pa bu nome oras ki bu entra no gabiente, bu tem ki dispi roupa de cintura pa baxo.

Inda é ta da um bata e un xinelo pa bu biste.

Dipos ki exame termina

- Bu debi labanta divagar;
- Durante 2/3 dia bu pôde perdi algum sangue ou tem corrimento escuro;
- Consoante resultado de exami e depende de critério à buta recebi novo marcason de consulta.

Informason importante

Pa bu podi fazi kel exame li:

- Bu tem ki sabi data de inicio de bu ultim menstruasan, mas bu ka debi sta menstruada na dia de exame;
- 48h ou 2 dia antes dês exame, bu ka pôdi/devi fazi sexo nem poe pomada ou óvulos vaginal;
- Toma pequeno-almoço/mata bicho antes de exame.

SI POR ALGUM MOTIVO BU ODJA MA BU KATA CONSIGUI COMPARECI NA DIA DE EXAME OU SI BU TIVER ALGUN DUVIDA NU TA AGRADECE PA BU AVIZA KU ANTECIDÊNCIA.

Contatos

Geral: [REDACTED]

Extensões [REDACTED]

Email: [REDACTED]

Com a colaboração da Enfermeira Lúcia Neves Braga, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no âmbito do Ensino Clínico em Ginecologia.

Conizason

Kuse ke é um conizason?

Conizason é um biopsia mas alargada ki ta fazedo na colo de útero.

É ta tira um parte de colo uterine em forma de cone.

Pa medico consigui fazi kel colheita li, é tem ki introduziu um boca de pato na vagina.

Kel conizason exame li ta fazedo ku intenson di tene um finalidade/propósito de ter um diagnóstico ou pa fazi terapêutica/medicason.

Kel exame li ta fazedo ku anestesia local.

Beneficio de conizason

Principal beneficio de kel procedimento li, kuase kata da dor, e ta permite tira/remove tecidos ke kasta dreto pa pôdi ser analizado pa medico/especialista.

Kuando ki devi fazedo?

É devi fazedo de preferência depôs de menstruason, e nes caso li bu devi sabi sempre dia de início de bu última menstruason e kuantu dia ta demora bu menstruason.

Informasan importante

Pa bu podi fazi kel exame li, bu:

- Tem ki sabi data de início de bu tinha/último menstruason;
- 48h ou 2 dia antes de exame bu ka pôdi/devi tem relações sexuais nem poe pomada ou óvulos vaginal;
- Toma pequeno-almoço/ matabichu antes de exame-

Na dia de exame

Ora ki bu tchiga hospital, butem ki tira 1 senha A pa bu pôdi confirma bu presença/xegada ou na caso de bu ter carton de cidadon bu pôde confirma bu presença/xegada na makinas ke têm na consulta externa.

Dipôs bu devi espera pa xamada na sala de spera de ginecologia.

Dipôs ki medico txama pa bu nome oras ki bu entra no gabinete, bu tem ki dispi roupa de cintura pa baxo.

E ta dau um bata e un xinelo pa bu biste.

Dipôs de exame

Dipôs de exame bu pôde ku/tene algum perde de sangue ke pôdi dura ate 4 semana mas ka bu preocupa ki é em pikenas kuantidade

Mas fica atenta, caso bu perde tchiu sangue bu devi liga pa local ondi bu fazi exame ou bai hospital de área de residência.

Si dipôs de exame bu fika ku dor ou mau star bu pode/devi toma paracetamol.

Dipôs de kell exame li, enfermeira ta liga pa fazi 2 "teleconsulta" de acompanhamento/consulta na telefone e outra consulta presencial pa fazi revision e tratamenti durante 2 anos ku intervalo de 6 a 9 mês.

Dipôs de conizason, bu devi sigui kel indacasonli

Durante 3 semana bu devi:

- Evita fazi lavagen vaginal ku likidos ou gel;
- Bu ka devi fazi sexu;
- Bu ka devi poe tampons na vagina;
- Bu na toma só banho de xuvero.

Risco de exame de conizason

Sima tude exames podi tem riscos ou não, na és caso li, kel exame tem pouco risco ou complicason e pôdi ser:

- Sangramento mas menstruason normal;
- Cólicas na barriga;
- Na dia que bo fase exame, bo pode xinte corte e queimadura na útero;
- Febre;
- Inda bo sata xinte mesmo doença ou mesmo problema;
- Bo sa ta xinte também colo de útero mais estreito;
- Infeçon.

SI POR ALGUM MOTIVO BU ODJA MA BU KATA CONSIGUI COMPARECI NO DIA DE EXAME OU SI BU TIVER ALGUM DUVIDA NU TA AGRADECE KI BU TA AVIZA KU ANTECEDENCIA.

Contatos

Geral: [REDACTED]

Extensões [REDACTED]

Email: [REDACTED]

Com a colaboração da Enfermeira Lúcia Neves Braga, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no âmbito do Ensino Clínico em Ginecologia.

APÊNDICE 21: Email com pedido de autorização para implementação do Tradutor
Vasco

Pedido de Reunião - Dispositivo de Tradução VASCO



Lucia Neves

Para:

Cc:



sex, 19/04/2024 12:39

VASCO.pdf
13 MB

Muito bom dia Exm. Sr. Enfermeira Diretora

Sou Enfermeira no Serviço de Urgência e, no âmbito da Unidade Curricular de Estágio e Relatório em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, inserida no 2º ano do 9º Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Santarém, tornou-se pertinente a elaboração de um estudo com a temática "Comunicação intercultural em cuidados de saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto e parto", sob a orientação da Professora Conceição Santiago.

Já finalizei o ensino clínico no serviço de Obstetrícia e, atualmente, encontro-me no serviço de SUOG. É notória a multiculturalidade presente nestes serviços, e a barreira linguística associada, que dificulta a prestação de cuidados, a colheita de dados e a realização de educação para a saúde.

Entrei em contato com uma empresa que criou o Tradutor VASCO, um dispositivo que tem como objetivo diminuir as barreiras linguísticas. Contém inteligência artificial e internet gratuita e ilimitada, proporcionando:

- Tradutor de voz: 76 idiomas disponíveis com 96% de precisão;
- Tradutor de fotografias: através de uma fotografia do texto, com um máximo de 108 línguas;
- Tradutor de texto: escrever o texto no tradutor e obter a tradução no máximo de 108 línguas.

Já se encontra implementado em outras unidades hospitalares em Portugal, e considero que pode ser uma ferramenta realmente útil na prestação de cuidados. Envio em anexo documentos fornecido pela empresa.

Solicitei parecer informal às Enfermeiras Chefes dos respetivos serviços (Enfermeira Chefe e, ainda, à Enfermeira Chefe do SUG do qual faço parte, que se demonstraram recetivas na aquisição, considerando útil e vantajoso para os seus serviços.

Deste modo, venho por este meio solicitar uma reunião, de forma a esclarecer de forma mais pormenorizada, solicitar autorização e delinear quais os passos necessários para a implementação.

Com os melhores cumprimentos,
Lúcia Neves Braga